FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 108

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
# SPOROTRICHOSES

**Sporotrichoses dans la région stéphanoise**
**Sporotrichose pulmonaire**
**Sporotrichose accident du travail**

# THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 24 juillet 1913
**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

PAUL BONNET
Né au Puy (Haute-Loire), le 1er novembre 1886

SAINT-ÉTIENNE
IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »
16, Place Marengo, 16

1913

# THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 108

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SPOROTRICHOSES

**Sporotrichoses dans la région stéphanoise**
**Sporotrichose pulmonaire**
**Sporotrichose accident du travail**

## THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 24 juillet 1913
**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR
PAUL BONNET
Né au Puy (Haute-Loire), le 1er novembre 1886

SAINT-ÉTIENNE
IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »
16, Place Marengo, 16

1913

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

**PROFESSEURS**

| | |
|---|---|
| Cliniques médicales | MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. |
| Cliniques chirurgicales | PONCET. JABOULAY |
| Clinique obstétricale et Accouchements | FABRE. |
| Clinique ophtalmologique | ROLLET. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | NICOLAS. |
| Clinique des maladies mentales | LÉPINE (J.) |
| Clinique des maladies des enfants | WEILL. |
| Clinique des maladies des femmes | POLLOSSON (A.) |
| Physique médicale | CLUZET. |
| Chimie médicale et pharmaceutique | HUGOUNENQ. |
| Chimie organique et Toxicologie | MOREL. |
| Matière médicale et Botanique | MOREAU. |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | GUIART. |
| Anatomie | TESTUT. |
| Anatomie générale et Histologie | RENAUT. |
| Physiologie | MORAT. |
| Pathologie interne | COLLET. |
| Pathologie et Thérapeutique générales | LESIEUR. |
| Anatomie pathologique | PAVIOT. |
| Médecine opératoire | POLLOSSON (M.) |
| Médecine expérimentale et comparée | COURMONT (P. |
| Médecine légale | LACASSAGNE. |
| Hygiène | COURMONT (J.) |
| Thérapeutique | PIC. |
| Pharmacologie | FLORENCE. |

**PROFESSEURS ADJOINTS**

| | |
|---|---|
| Physiologie, cours complémentaire | MM. DOYON. |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx | LANNOIS. |
| Pathologie externe | VALLAS. |
| Maladies des voies urinaires | ROCHET. |

**CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES**

| | |
|---|---|
| Chimie minérale | MM. BARRAL, agrégé |
| Propédeutique chirurgicale | BÉRARD, — |
| Propédeutique de gynécologie | CONDAMIN, — |
| Chirurgie infantile | NOVE-JOSSERAND, ag. |
| Accouchements | COMMANDEUR, — |
| Embryologie | REGAUD, — |
| Anatomie topographique | PATEL, — |
| Botanique | BRETIN, — |
| Chirurgie expérimentale | VILLARD. |
| Clinique infantile | MOURIQUAND. |
| Propédeutique urologique | GAYET — |
| Déontologie et médecine professionnelle | (Et.) MARTIN — |

**AGRÉGÉS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. | MM. | MM. | MM. |
| REGAUD. | Etienne MARTIN. | BRETIN. | MOURIQUAND. |
| COMMANDEUR. | LAROYENNE. | LERICHE. | ARLOING (F.) |
| GAYET. | VORON. | THÉVENOT. | GUILLEMARD. |
| NEVEU-LEMAIRE. | NOGIER. | TAVERNIER. | PIÉRY ch... |
| PATEL. | LATARGET. | CADE. | SAVY ch... |

*M. BAYLE, Secrétaire.*

# EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président;* P. COURMONT, *Assesseur;* NEVEU-LEMAIRE et SAVY, *Agrégés.*

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

ET DE MON GRAND-PÈRE LE DOCTEUR VISSAGUET

A MA MÈRE

En témoignage de profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

*A mon Président de thèse,*

Monsieur le Professeur NICOLAS

AUX MEMBRES DE MON JURY

*A mes Maîtres dans les Hôpitaux*

EXTERNAT ET SUPPLÉANCE D'INTERNAT (1908-1910)

Monsieur le Professeur JABOULAY
Monsieur le Docteur VIGNARD
Monsieur le Docteur DURAND
Monsieur le Professeur TEISSIER

INTERNAT DES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE (1910-1913)

Monsieur le Docteur BEUTTER
Monsieur le Docteur VIANNAY
Monsieur le Docteur NORDMAN
Monsieur le Docteur GEREST
Monsieur le Docteur BLANC
Monsieur le Docteur MARTEL

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0058

# AVANT-PROPOS

*Nous croirions manquer à un devoir si, au moment de terminer nos études médicales, nous n'adressions tous nos remerciements à nos maîtres des Hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne.*

*M. le docteur M. Durand fut notre premier maître. Pendant le semestre d'externat passé dans son service, il nous a enseigné, avec autant de compétence que d'affabilité, les principes de la chirurgie. Il a bien voulu, pendant tout le cours de nos études, nous témoigner sa sympathie et nous guider de ses conseils. Nous sommes heureux de pouvoir lui en assurer notre profonde gratitude.*

*Les leçons que nous avons reçues dans les cliniques et laboratoires de MM. les professeurs Jaboulay et Teissier nous seront toujours grandement utiles.*

*M. le docteur Vignard nous a appris la chirurgie infantile. Il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Qu'il nous soit permis de l'en remercier sincèrement.*

*A Saint-Etienne, auprès de maîtres aussi éminents qu'affables, nous avons complété notre éducation médicale.*

*M. le docteur Beutler fut pour nous plus qu'un maître. Le semestre passé dans son service comptera pour nous parmi les meilleurs, et nous conserverons toujours le souvenir de ses excellentes leçons et de sa grande amabilité.*

*Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le docteur Viannay pendant plus de quinze mois. Il a complété notre éducation chirurgicale et l'initiative qu'il a bien voulu nous laisser à la Maternité nous sera plus tard d'un précieux secours.*

*Notre reconnaissance va à M. le docteur Nordman, qui nous a initié aux difficultés de la pathologie mentale.*

*M. le docteur Gerest a éclairci pour nous les questions médicales. Son enseignement lumineux, ses longues et si instructives causeries au chevet des malades resteront présents à notre mémoire et nous serviront toujours de guide.*

*Nous remercions aussi très vivement M. le docteur Martel. Ses leçons chirurgicales si pratiques, la confiance qu'il veut bien nous témoigner nous seront certainement des plus profitables.*

*L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le docteur Laurent. Il a bien voulu nous aider de ses conseils, et nous lui devons une grande partie des éléments de cette étude. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance.*

*Nous tenons aussi à remercier tous ceux qui ont bien voulu faciliter notre tâche. En particulier, M. le docteur Duchamp qui, avec sa grande compétence, nous a fourni de nombreuses indications ; MM. les docteurs Dumas et Sabrazès, qui nous ont très aimablement communiqué leurs observations.*

*M. le professeur Nicolas a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'en recevoir tous nos remerciements.*

*Et maintenant, au moment de terminer ces années d'étudiant qui, certes, compteront parmi les meilleures de notre existence, nous n'avons garde d'oublier la tendre affection que nous avons trouvée parmi tous les nôtres et dont nous leur serons toujours reconnaissant.*

*Nous avons eu aussi la bonne fortune de rencontrer, à Lyon et à Saint-Etienne, de bons et de vrais amis que nous ne quittons pas sans regret. A tous nous adressons bien sincèrement nos meilleurs vœux de succès.*

# INTRODUCTION

L'histoire des sporotrichoses date de quelques années à peine, et, cependant, les travaux parus sur cette question sont déjà extrêmement nombreux.

Il peut donc paraître audacieux de vouloir aborder ce sujet déjà si complètement traité. Aussi, nous n'avons nullement l'intention de refaire l'étude générale des sporotrichoses.

Mais nous avons eu l'occasion de voir, à Saint-Etienne, des cas de sporotrichose relativement nombreux. Il nous a donc semblé intéressant de publier ces observations, de signaler la fréquence de cette affection dans le bassin minier de la Loire, et de rechercher quelle peut en être la cause.

De plus, parmi nos observations, deux nous ont semblé présenter des points particuliers, peu étudiés jusqu'à ce jour, dignes cependant, à notre avis, d'attirer l'attention des cliniciens. Nous voulons par-

ler d'un cas de sporotrichose pulmonaire, observé par M. le docteur Laurent, et d'un cas de sporotrichose ayant soulevé, devant le tribunal, la question des rapports entre la mycose et les accidents du travail. Les observations de sporotrichose pulmonaire probantes sont, en effet, très rares actuellement. Quant au point de vue des relations entre l'affection et les accidents du travail, nous croyons que l'observation inédite de M. le docteur Duchamp — que nous publions à ce sujet — relate le premier cas où médecins et juges ont eu à discuter la question médico-légale de la sporotrichose « accident du travail ».

Nous estimons donc que ces points un peu particuliers de l'étude de la sporotrichose méritaient d'être signalés et nous leur avons réservé une large place dans notre travail.

———:o:———

## CHAPITRE PREMIER

### Historique

L'histoire de la sporotrichose a été faite d'une manière très complète par MM. de Beurmann et Gougerot, dans leur Traité des *Sporotrichoses*, paru en 1912. Nous ne voulons donc pas reprendre cette question, ce n'est pas là notre sujet.

Nous voulons seulement, nous plaçant au point de vue de la sporotrichose dans la région stéphanoise, rappeler comment l'étude de cette maladie, faite en 1906, à Paris, par de Beurmann et Gougerot, s'est ensuite répandue dans les grands centres médicaux et, de là, dans toute la France. Actuellement, des cas de sporotrichose sont signalés de tous les côtés, et les cas signalés à Saint-Etienne nous semblent relativement nombreux.

*En 1906*, paraît, à Paris, le premier mémoire de MM. de Beurmann et Gougerot sur les *Sporotrichoses*.

A la même époque, Dor, à Lyon, signale aussi un cas de sporotrichose due à un parasite un peu différent (*sporotrichum Dori*).

*En 1907*, paraît la première observation lyonnaise, due à Bonnet.

A la fin de cette année, il n'y a encore que trente observations publiées en France.

*En 1908*, les observations se multiplient. Signalons seulement celles de MM. Maurice Lagoutte et Briau, au Creusot, bassin minier comme celui de la Loire ; celle de MM. Sabrazès et Guyot, à Bordeaux. Des observations sont aussi publiées à Marseille, Toulouse, Tours, Strasbourg, etc.

*A la fin de 1909*, le nombre des observations publiées dépasse la centaine et va ensuite en augmentant de plus en plus.

C'est seulement en *juillet 1912* que paraît la première observation stéphanoise de sporotrichose.

A partir de cette date, jusqu'en *juin 1913*, c'est-à-dire en l'espace de onze mois, l'attention des médecins de la région étant éveillée, *sept nouveaux cas* sont publiés à Saint-Etienne.

Disons tout de suite, nous en rechercherons plus loin la cause, que ce chiffre nous paraît relativement considérable. Nous voyons, en effet, en juin 1912, à Lyon, M. le docteur Bonnet signaler seulement son douzième cas, alors qu'il avait publié sa première observation cinq ans auparavant, en 1907. Actuellement, à Lyon, depuis plus de six ans que la sporotrichose est recherchée, le nombre des observations *publiées* n'est guère que d'une vingtaine ; à Saint-Etienne, en l'espace d'un an, nous avons pu en réunir sept cas.

Nous croyons donc devoir placer au début de ce travail les observations qui nous l'ont suggéré.

## CHAPITRE II

# OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de MM. les Docteurs BEUTTER et LAURENT)

*Lésions cutanées et osseuses. — Intolérance pour l'iodure. — Cachexie progressive et mort.*

B..., 55 ans, officier d'administration en retraite.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : A eu, à plusieurs reprises, des troubles gastriques, pour lesquels il avait été traité par M. le Docteur Beutter.

Plusieurs poussées de bronchite.

N'a jamais eu de manifestation syphilitique.

En *mars 1912 :* Apparition de la première gomme, qui siège à la partie inférieure du biceps droit. Ponctionnée, cette gomme donne issue à un pus huileux, épais, n'ayant pas les caractères du pus tuberculeux.

En *juillet 1912 :* On voit se développer une deuxième masse au niveau de la malléole interne droite.

Culture du pus (Docteur Laurent) sur milieu de Sabouraud donne des cultures typiques de *Sporotrichum Beurmanni.* — A ce moment-là, on note :

Malade tousse. — Emphysème pulmonaire avec poussées

de bronchite chronique. — Pas de bacilles de Koch dans les crachats. — Urines normales.

Rien aux articulations.

Aucun trouble des organes des sens ni du système nerveux.

La température a toujours été normale.

Avant même le résultat de la culture, un essai de traitement ioduré fut pratiqué. Mais le malade, très indocile, s'y est mal prêté tant en applications externes qu'à l'intérieur.

Aussi, les gommes existant déjà augmentent de volume et s'ulcèrent. De nouvelles gommes apparaissent, les unes cutanées, les autres osseuses et se développent rapidement.

Le Docteur Gerest, appelé en consultation, conseille, vu l'intolérance du malade pour l'iodure par voie stomacale, de faire des injections de lypiodol. Mais ce médicament ne semble pas agir efficacement.

Les gommes se multiplient. Le malade en a bientôt une quinzaine : aux deux bras, au niveau des malléoles, du sternum, des ischions. Il ne peut toujours pas supporter le traitement ioduré.

Son état général devient rapidement mauvais et il s'achemine vers la cachexie.

*Mars 1913*, un an après le début de l'affection : Etat général très mauvais. Le malade, couvert de gommes, ulcérées pour la plupart, se cachectise de plus en plus.

Les troubles gastriques sont réapparus et il ne s'alimente presque plus. A différentes reprises, il a eu des poussées de bronchopneumonie.

Il se plaint aussi de constipation et de douleurs abdominales ; puis, à la constipation, succède une évacuation de pus fétide, due peut-être, mais c'est une simple hypothèse, à une gomme rectale.

*Mai 1913 :* Les lésions cutanées et osseuses continuent à évoluer. Affaiblissement du malade.

Cachexie progressive et *mort*, quatorze mois après l'apparition de la première gomme.

L'autopsie ne put être pratiquée.

## OBSERVATION II

(Malade vue par MM. les Docteurs MARTEL et CHOUPIN)

Femme âgée, présentant sur le dos de la main une lésion à allure cancroïdale, mais cependant avec de petits intervalles de peau saine et de petits cratères suppurés.

Culture du pus (par M. le Docteur Vidal) donne culture typique de *Sporotrichum Beurmanni.*

La malade, qui habite une région éloignée, n'a pu être revue. Nous savons, cependant, qu'elle n'a pas suivi le traitement ioduré prescrit et qu'elle a actuellement quantité de gommes sporotrichosiques en évolution.

## OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de MM. les Docteurs MARTEL et LAURENT)

*Sporotrichose de l'avant-bras gauche en forme de placard agminé. — Gommes sporotrichosiques de la fesse et de la ceinture. — Guérison par l'iodure.*

P... Elise, 73 ans, dévideuse, demeurant à L'Etrat.

Rien à noter dans les antécédents. A eu cinq enfants. Excellente santé antérieure. Aucune présomption de syphilis.

Depuis huit mois sont survenus des abcès d'allure froide et gommeuse, sans douleurs, siégeant sur trois points du

corps : à la fesse, au niveau de la ceinture et à l'avant-bras.

Ceux de la fesse et de la ceinture se sont cicatrisés, peut-être sous l'influence du coton iodé mis en applications.

A l'avant-bras, la lésion est plurigommeuse, à aspect papillomateux. Il n'y a aucun ganglion dans l'aisselle.

Des cultures sont faites sur milieu de Sabouraud et donnent des cultures pures de *Sporotrichum Beurmanni.*

Le traitement par l'iodure de potassium (4 grammes par jour) et des applications iodées ont déjà beaucoup amélioré les lésions.

Il ne reste aucun doute sur la nature des lésions, car l'aspect clinique ne permettait pas de dire s'il s'agissait de syphilis ou de tuberculose.

*Juin 1913 :* La malade est revue, elle est complètement guérie par le traitement ioduré suivi.

## OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de MM. les Docteurs Bérard et Laurent)

*Gomme du genou à type d'abcès ossifluent. — Gomme du tibia avec gonflement du périoste. — Guérison par l'iodure.*

R... Ambroise, mineur, 63 ans, hospitalisé à la Charité.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler. Père et mère morts âgés.

Antécédents personnels : Marié. Femme morte à 54 ans, probablement de bacillose pulmonaire. Trois enfants morts en bas âge. Bonne santé habituelle.

N'a jamais eu aucune manifestation, ni tuberculeuse, ni syphilitique.

Ethylisme : 8 litres de vin par jour, peu d'alcool.

En *avril 1909 :* entre pour la première fois, à l'âge de 60 ans, à l'hôpital de Bellevue, service du Docteur Gerest,

pour congestion pleuro-pulmonaire « a frigore ». Guérison en un mois.

En *juin 1910*, entre de nouveau à l'Hôpital (même service), pour myocardite. A plusieurs poussées d'hyposystolie et il est finalement envoyé à l'Hospice de la Charité (incurables), le 22 février 1911.

En *septembre 1912*, entre à l'infirmerie de l'Hospice, en état d'hyposystolie. Il allait mieux lorsqu'il commença à ressentir de légères douleurs au niveau du genou droit et de la jambe gauche.

Le docteur Bérard constate deux gommes : l'une au niveau du genou droit, l'autre à la partie inférieure du tibia gauche, tendant à s'ulcérer, s'accompagnant d'épaississement du périoste.

Ces gommes revêtent l'allure de gommes tuberculeuses, avec lésions osseuses.

Cliniquement, il est impossible de faire un diagnostic entre des lésions tuberculeuses, syphilitiques ou sporotrichosiques.

Quelques semaines auparavant, le malade avait eu, au niveau du bras droit, une petite ulcération, probablement gommeuse, qui n'avait pas retenu l'attention, et était guérie sous l'influence de pansements et d'applications de teinture d'iode, laissant une cicatrice pigmentée.

Ensemencement du pus par le Docteur Laurent, qui montre qu'il s'agit de lésions de sporotrichose absolument typiques.

Traitement par l'iodure de potassium (4 gr. par jour).

Le malade est présenté, le 5 février 1913, à la *Société des Sciences Médicales de Saint-Etienne*, déjà très amélioré.

*Actuellement : (10 juin 1913)*, nous revoyons le malade. Il a cessé de prendre de l'iodure depuis trois mois et n'a absolument aucune lésion. Il se plaint seulement d'un peu de douleur à la palpation vers le genou droit. Il n'a plus

que les cicatrices des deux gommes ulcérées du tibia gauche et du bras droit, comme traces de son affection complètement guérie par le traitement ioduré.

## OBSERVATION V (INÉDITE)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DUCHAMP)

*Cas de sporotrichose ayant soulevé, devant le Tribunal de Saint-Etienne, la question des rapports entre la mycose et les accidents du travail.*

A... Noël, 40 ans, mineur.

Rien à signaler dans les antécédents, ni héréditaires, ni personnels, sauf une amputation de la première phalange de l'index droit, survenue à l'âge de deux ans.

*Le 7 septembre 1911*, travaillait dans un puits de mine à restaurer une galerie éboulée. Des blocs se détachèrent de la voûte, entraînant une partie du boisage. Les blocs et les étais lui tombèrent sur les reins et, d'après son dire, il fut projeté à une distance de cinq mètres. Il fut transporté à l'Hôpital du Soleil, et soigné par le docteur Lafond.

On constata une contusion de la région sacro-fessière gauche avec éraflures superficielles et gonflement.

Il put se lever au bout de quatre ou cinq jours, mais resta à la chambre pendant deux semaines, avec une forte ecchymose qui persista longtemps.

*Le 1er mars 1912*, le malade, se plaignant de souffrir et de ne pouvoir pas travailler, est examiné pour la première fois par le Docteur Duchamp.

Il se plaint toujours de douleurs dans la région lombaire, avec irradiations sur le trajet du sciatique.

Aucunes lésions apparentes.

Ne reprend pas son travail.

*3 mai 1912* (CINQ MOIS APRÈS L'ACCIDENT), le Docteur Duchamp constate, pour la première fois, une gomme à

l'insertion sternale du sterno-cleido-mastoïdien gauche, et une autre à la partie externe de l'avant-bras droit. Ces gommes ont l'aspect de gommes syphilitiques.

*14 mai 1912.* Le malade est traité par le Sirop de Gibert (2 cuillerées).

*28 mai 1912.* Les gommes sont en grande partie résolues.

*4 juin 1912.* Le malade prend toujours du Sirop de Gibert. Disparition presque totale des deux gommes.

*2 juillet.* Les deux premières gommes ont disparu, mais une nouvelle gomme apparaît à l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien droit. On note un point douloureux sur l'acromion.

*9 juillet 1912.* Poussée de congestion pulmonaire à la base droite.

*25 juillet 1912.* Phénomènes pulmonaires disparus, mais persistance des gommes. Le Docteur Duchamp, surpris de l'allure un peu spéciale des gommes et de l'inefficacité partielle du Sirop de Gibert, songe qu'il pourrait bien ne pas s'agir de syphilis, mais de sporotrichose. Le malade est examiné par le Docteur Laurent, qui est du même avis.

Ponction de la gomme siégeant au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Culture du pus sur milieu de Sabouraud donne des cultures pures de *Sporotrichum Beurmanni.*

*30 juillet 1912.* Le malade présente trois gommes :

*a*) Au niveau du sterno-cleido-mastoïdien droit ;

*b*) De l'acromion droit ;

*c*) De la face postérieure de l'avant-bras gauche.

On institue le traitement par l'iodure de potassium (4 gr. par jour).

*6 septembre 1912 :* Quatre gommes :

*a*) Insertion sternale du sterno-cleido-mastoïdien droit ;

*b*) Insertion du sterno-cleido-mastoïdien gauche ;

*c*) Sur l'acromion droit ;

*d*) Face postérieure de l'avant-bras gauche.

*1er octobre 1912.* Les gommes augmentent ; celle de l'acromion est énorme.

*8 octobre 1912.* Ponction de la gomme acromiale suivie d'injection iodée.

*Fin octobre.* Le malade prend le lit avec un point de côté droit.

*5 novembre 1912.* Gommes très volumineuses.

*3 décembre 1912.* Les gommes sterno-mastoïdiennes ont diminué ; la gomme acromiale a presque disparu ; celle de l'avant-bras ne se sent plus ; une nouvelle gomme dans le creux axillaire droit.

*10-16 décembre.* Augmentation de la gomme sterno-mastoïdienne droite.

*24 décembre 1912.* La gomme sterno-cleido-mastoïdienne gauche s'est ouverte spontanément.

*31 décembre 1912.* Le Docteur Duchamp voit le malade pour la dernière fois.

Le malade est en procès avec la Compagnie des Houillères de Saint-Etienne. Il prétend que son accident est la cause de sa maladie. Il dit avoir de l'intolérance pour l'iodure de potassium. *On ne peut pas savoir s'il a suivi son traitement*, et il est possible que les nombreuses rechutes et la multiplicité des gommes soient dues à des périodes de cessation volontaire du traitement.

*25 janvier 1913 : Examen des experts commis par le Tribunal : Docteurs Viannay, Dumas et Briault :* Le malade se plaint de douleurs au niveau de la masse sacro-lombaire, point contusionné. L'examen de cette région ne révèle aucune lésion à ce niveau. La radiographie non plus (Docteur Fayard).

Les lésions sporotrichosiques ont, à ce moment, l'aspect suivant : « A la base du cou, à droite de la ligne médiane, se voit une tuméfaction formée de plusieurs bosselures distinctes : une médiane, la plus saillante, au niveau de laquelle la peau est rouge et où l'on perçoit de la fluctuation;

une autre, plus inférieure et plus latérale, s'élevant au-devant de l'extrémité interne de la clavicule droite et de l'articulation sterno-claviculaire. En outre, à gauche, un peu au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire, existe une fistule à orifice cratériforme, qui a succédé à une gomme semblable à celles précédemment décrites, et qui s'est ulcérée spontanément. Au-dessus de l'aisselle droite, on note un volumineux ganglion, arrondi, mobile, de consistance dure, qui soulève le muscle grand pectoral, au point d'effacer complètement la dépression normale du creux sus-claviculaire. Au bras droit, on perçoit encore une traînée lymphangitique, consécutive à la présence de la gomme première en date.

« A... accuse de la lassitude et de la gêne des muscles du bras et du cou. Il a une attitude figée, et dit ne pouvoir se livrer à aucun travail. Nous le croyons sans peine, étant donnée la multiplicité des gommes et l'infection généralisée due à la mycose. »

Ainsi, depuis huit mois que l'affection a débuté, elle a suivi une marche progressive et envahissante, qui n'a été arrêtée que pendant les courtes périodes où le malade a toléré l'iodure de potassium, ou, peut-être, a consenti à en prendre.

*1er juillet 1913.* Nous revoyons le malade. Seule, la gomme du bras s'est cicatrisée. Les autres gommes persistent toujours : au niveau de l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien droit, de l'acromion droit, et de l'insertion du sterno-cleido-mastoïdien gauche. Elles sont très volumineuses et ulcérées.

L'état général n'est pas bon. Le malade est pâle et amaigri. Il ne peut faire, dit-il, aucun travail. Il se plaint toujours de douleurs au niveau de la région sacro-lombaire. On ne voit rien à ce niveau. Il croit toujours que sa maladie est due à son accident. Il pousuit son procès et ne suit actuellement aucun traitement.

## OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur LAURENT)

Communication faite à la *Société des Sciences Médicales de Saint-Etienne*, le 7 Mai 1913

*Sporotrichose à localisations osseuses et pulmonaire, simulant la tuberculose.*

Madame S... est âgée de 67 ans. Elle a toujours eu une bonne santé. Ses parents sont morts très âgés de maladie indéterminée. Mariée, elle a eu quatre enfants, l'un est mort de pneumonie, les trois autres sont bien portants. Son mari, mort l'an passé, serait mort de tuberculose pulmonaire.

*Maladie actuelle :* La maladie actuelle a débuté, il y a un an, par un petit abcès, situé près de la malléole externe. Un médecin l'incisa et la guérison fut assez vite obtenue. Quatorze mois après apparurent, sur d'autres points du corps, des abcès indolores ou à peu près, qui, spontanément, s'ouvrirent, sans que la malade songeât à les montrer à un médecin. Elle vit, en août dernier, un premier médecin qui parla d'abcès tuberculeux à l'entourage et ne revint pas.

Le 5 février 1913, la malade fit appeler M. Duchamp, chirurgien des Hôpitaux, qui, devant la multiplicité des lésions, songea à la sporotrichose possible et, très obligeamment, nous confia la malade.

Le 6 février 1913, nous vîmes la malade pour la première fois : l'obscurité du logis ne nous permit pas de nous rendre un compte exact de l'aspect des lésions. Nous constations simplement, à cette date, l'existence d'une volumineuse gomme du mollet droit et celle de plusieurs foyers suppurants aux pieds et à l'avant-bras droit. Nous faisions une ponction de la gomme du mollet, et sur milieu de Sabouraud nous ensemencions le pus aspiré.

A ce moment, pourtant, — le 6 février — nous avons ausculté la malade et l'auscultation nous fit entendre *une pluie de râles humides aux deux sommets* en arrière, pluie surtout intense à droite.

Anatomiquement, nous nous représentions ces sommets comme très infiltrés, sans cavernes, et, cliniquement, nous pensions à la tuberculose. Et, dès ce jour, nous écrivions à M. le Docteur Duchamp que l'ensemencement avait été pratiqué, mais *que notre diagnostic, basé sur l'auscultation, était tuberculose.*

Trois semaines après seulement (les cultures ont peut-être été placées dans un local un peu froid), des cultures typiques de *Sporotrichum Beurmanni* étaient apparues.

Le 30 mars, après les fêtes de Pâques, nous faisions rentrer la malade dans le service de M. le Docteur Montagnon, que nous avions le plaisir de remplacer à cette date.

### ÉTAT DE LA MALADE A L'ENTRÉE :

La malade est assez maigre. Elle souffre peu de ses lésions qui peuvent être ainsi décrites :

*Abcès cicatrisés :* Il existe, à l'avant-bras gauche et au mollet, deux cicatrices qui ne présentent rien de particulier et sont le reliquat d'abcès guéris spontanément.

*Abcès du tissu sous-cutané :* Au mollet droit existe une fistule donnant accès dans une vaste poche, par où sort un pus très abondant.

*Lésions osseuses :* A l'avant-bras droit, le cubitus est épaissi près de son extrémité inférieure et sur une hauteur de 8 centimètres environ. Il est peu douloureux. A la face dorsale existe une petite fistule, analogue aux fistules d'origine ostéomyélitique, par où s'échappe un pus très abondant. La radiographie, faite par M. Fayard, montre une lésion osseuse très nette.

Au pied droit : il y a un épaississement notable de la tête du premier métatarsien, qui est du volume d'une grosse noix ; sur la face externe, une fistule par où s'échappe du pus franc.

Au pied gauche : Au niveau du cunéiforme, on trouve un assez gros épaississement, et sur la face antérieure du pied, quatre fistules laissent sourdre un pus toujours identique à celui des autres lésions.

Absence de ganglions au lieu d'élection.

*Etat général.* — Assez bon. Appétit normal. Digestions bonnes. Selles régulières. Le cœur est régulier, sans lésions valvulaires. Les urines sont normales et n'ont ni sucre, ni albumine.

*Poumons.* — Le thorax, amaigri, sonne mal en arrière, surtout à droite. Il n'y a pas de modifications dans les vibrations, elles sont perçues égales à droite et à gauche.

Auscultation : A gauche, en avant, respiration normale. En arrière, dans la fosse sus-épineuse, foyer de râles humides ; toute la partie moyenne et inférieure respire normalement.

A droite : en avant, sous la clavicule, obscurité respiratoire. En arrière, pluie de râles humides dans les fosses sus et sous-épineuses. Pas de retentissement de la toux. Aucun signe cavitaire. La respiration ne redevient normale que dans le tiers inférieur.

M. le Docteur Beutter, médecin des Hôpitaux, veut bien ausculter la malade. Nous ne le mettons pas au courant du diagnostic, et il conclut fermement à l'existence d'un double foyer de tuberculose pulmonaire. Nous avons eu, en nous-même, la même impression et nous avions déjà formulé le même diagnostic *deux mois auparavant.*

La température est normale ; elle évolue entre 37° et 37°5.

L'expectoration est à peu près nulle : deux ou trois crachats en vingt-quatre heures. Jamais d'hémoptysies.

### ÉPREUVES DE LABORATOIRE

1° *Culture sur milieu de Sabouraud :*

*a*) Le pus des abcès recueilli au niveau des divers foyers de suppuration donne une deuxième fois des cultures typiques de *Sporotichum Beurmanni*, dont l'aspect noirâtre et le chevelu sur les parois du tube ne laissent aucun doute. Quelques staphylocoques poussent au côté du mycélium ;

*b*) Le pus des crachats ensemencé sur les mêmes milieux ne donne pas de sporotrichum, mais de nombreux staphylocoques envahissent la culture.

2° *Recherche des bacilles de Koch.* — Négative dans les crachats et dans le pus des abcès (pratiquée par M. Vidal et nous-même).

3° *Inoculation au cobaye.* — Elle est faite le 1er avril avec un centimètre cube du pus d'un des abcès. Le 20 avril, le cobaye meurt brusquement sans avoir maigri. Il ne présente aucun signe de tuberculose. Au point d'inoculation — il existe un abcès — on ne trouve aucun bacille de Koch et l'ensemencement donne des staphylocoques.

### TRAITEMENT D'ÉPREUVE. — RÉSULTAT.

*Le 2 avril*, on donne 4 grammes d'iodure de potassium par jour et l'on fait des applications iodo-iodurées.

Le traitement est bien supporté.

*Le 8 avril*, la gomme du mollet suppure beaucoup moins ; les lésions osseuses sont améliorées, surtout par les pansements de propreté.

Les poumons, auscultés, indiquent une amélioration notable à gauche ; à droite, les râles sont moins denses.

*Le 11 avril*, l'auscultation permet seulement de saisir quelques petits râles à droite. Le Docteur Beutter revoit la malade et nous dit : « Il n'y a presque plus rien ; l'amélioration est de 90 %. »

La gomme du mollet est cicatrisée.

*Le 2 mai, il est impossible, à l'auscultation, de retrouver le moindre râle ; la guérison semble acquise.*

L'amélioration continue au niveau des autres foyers. On suspend l'iodure quelques jours et l'on donne de la levure de bière fraîche à la malade.

*Le résultat est en somme très net :*

Le foyer pulmonaire a guéri progressivement d'une façon complète ; les divers foyers osseux sont très améliorés. Peut-être sera-t-on obligé, à l'avant-bras, de draîner un peu largement pour libérer un séquestre.

### ÉTAT ACTUEL

L'iodure de potassium ayant été supprimé au début du mois de mai, on a constaté au bout de quelques jours un nouveau petit foyer de râles. *On donne de nouveau de l'iodure de potassium et les râles disparaissent.*

*Le 27 juin 1913*, la suppuration ayant persisté à l'avant-bras, le Docteur Blanc intervient et libère un séquestre osseux. Une intervention est jugée inutile au pied, la lésion étant complètement cicatrisée.

Les phénomènes pulmonaires ont complètement disparu.

## OBSERVATION VII (INÉDITE)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur BEUTTER)

*Sporotrichose (gommes et volumineux abcès cutanés) survenue chez un diabétique. — Mort dans le coma diabétique.*

X..., 66 ans, instituteur.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

*Antécédents personnels :* Il a le diabète depuis treize ans. Il a, cependant, pu continuer son métier d'instituteur.

Il y a trois ans : le malade a eu un abcès au niveau de la région malaire droite. L'abcès a été ouvert chirurgicalement par la muqueuse buccale. Quelque temps après,

ouverture spontanée de l'abcès à la peau, laissant une fistule qui s'est fermée il y a seulement quelques mois.

Il y a six mois sont apparues, pour la première fois, des gommes au niveau des deux jambes, gommes qui ont assez rapidement augmenté de volume et évolué vers la suppuration.

*Juin 1912.* — M. le Docteur Beutter voit le malade pour la première fois au début de juin 1912. Il recueille les renseignements précédents sur les antécédents. A l'examen du malade, il note :

Diabète ancien (début il y a 13 ans).

Urines : Beaucoup de sucre (200 gr.), avec acétone. Pas d'albumine.

Au cœur : Insuffisance mitrale ancienne.

Pas d'autres lésions viscérales.

Au niveau de la moitié inférieure de chacune des deux jambes, gros abcès avec décollement de la peau, ayant l'allure d'un phlegmon diabétique. Mais, en certains points, on constate des gommes taillées à l'emporte-pièce ; et, en d'autres points, l'on a de nombreuses fistules donnant issue à un pus d'allure un peu spéciale.

Le malade est soumis à un régime sévère et au traitement habituel du diabète. La suppuration des membres inférieurs est traitée par des bains locaux et des pansements antiseptiques.

La température est peu élevée (38°). Cependant, le pronostic semble grave, à cause de la grande quantité de sucre, et surtout de l'amaigrissement et de l'état de cachexie dans lequel se trouve le malade.

*10 juin.* — Le malade a une période de coma. Etat très grave.

*15 juin.* — Sous l'influence du traitement, amélioration de l'état général.

Au point de vue local : amélioration très sensible au niveau de la jambe gauche ; la suppuration s'est tarie sous

l'influence des pansements et les fistules sont en partie fermées. Par contre, la suppuration persiste au niveau du membre inférieur droit ; la jambe et le pied forment un volumineux foyer purulent. Il ne semble pas y avoir de lésions osseuses, la suppuration semble sous-cutanée. Par les fistules et par de grandes ulcérations s'échappent un pus d'aspect huileux.

La fistule que le malade avait eu à la face s'est aussi rouverte donnant issue à un pus de même aspect.

En présence de la très grande amélioration des lésions de la jambe gauche (amélioration qui ne se serait probablement pas produite s'il s'était agi d'un phlegmon diabétique), à cause de l'aspect particulier du pus des lésions de la jambe droite, M. le Docteur Beutter pense qu'il pourrait, peut-être, s'agir de sporotrichose, l'abcès de la région malaire survenu, il y a trois ans, ayant été la première manifestation de la maladie.

*18 juin.* — Culture du pus sur milieu de Sabouraud par M. le docteur Laurent, donne des cultures pures de *Sporotrichum Beurmanni.*

Légère amélioration de l'état général.

Le malade urine deux litres par jour, un peu moins de sucre, mais persistance de l'acétone.

Malade très cachectique.

*26 juin.* — L'état général redevient mauvais. Le malade est très affaibli. Pas de modifications au point de vue local. Le résultat des cultures étant connu ce jour-là, on institue le traitement ioduré (iodure de potassium : 4 gr. par jour) et bains locaux avec solution iodo-iodurée.

*4 juillet.* — Le traitement a déjà produit une amélioration locale manifeste. Mais l'état général s'est bien aggravé et le malade est dans un état semi-comateux.

*7 juillet.* — Mort du malade dans le coma.

Pas d'autopsie.

Parmi ces sept observations, nous ne consacrerons une étude spéciale, dans les chapitres suivants, qu'à deux d'entre elles qui nous semblent présenter des faits nouveaux : l'une, par la localisation de la sporotrichose sur les poumons ; l'autre, par la question médico-légale des accidents du travail qu'elle a posée.

Les cinq autres nous présentent des types classiques de lésions de sporotrichose : nous y voyons des lésions cutanées gommeuses banales ; des lésions cutanées à aspect papillomateux ; des lésions osseuses. Notre observation n° I nous montre un cas de sporotrichose à allure cachectisante et aboutissant à la mort (les observations publiées de ces cas ne sont pas encore très nombreuses).

Cependant toutes ces formes cliniques ont déjà été décrites par MM. de Beurmann et Gougerot, et vouloir insister là-dessus serait entreprendre un travail déjà fait par ces auteurs.

Nous nous permettons simplement de remarquer que les faits cliniques que nous avons observés viennent parfaitement à l'appui de leur description. Nous avons eu, en effet, la bonne fortune, dans les sept cas de sporotrichose que nous venons de publier, de trouver presque à chacun de nos malades une forme clinique différente de l'affection.

Nous avons dit, au début de ce travail, que les cas de sporotrichose nous semblaient relativement fréquents dans la région stéphanoise. Nous avons recherché s'il existerait une raison de ce fait ; mais nous devons reconnaître que nous n'avons pas pu la trouver. On pourrait supposer que le champignon,

cause de la mycose, se rencontre plus fréquemment dans cette région minière. Nous n'avons pas pu entreprendre de recherches scientifiques rigoureuses pour vérifier cette hypothèse et rechercher si le *sporotrichum* végète dans les mines. Mais il ne semble pas, dans les cas que nous avons observés, que la profession du malade ait eu une influence sur l'étiologie de la maladie. En effet, sur sept malades, nous ne relevons que deux mineurs, les autres ont des professions variées. C'est donc peut-être à une simple coïncidence que nous devons d'avoir pu réunir ces sept observations.

Il nous semble seulement intéressant, par la réunion de ces cas, d'attirer une fois de plus l'attention du clinicien sur la fréquence de la sporotrichose et sur l'utilité de sa recherche.

Nous ne croyons pas, cependant, qu'il faille conclure de ces faits que les cas de sporotrichose sont extrêmement nombreux dans la région. Si nous avons pu réunir ces sept observations, c'est surtout, croyons-nous, plutôt parce qu'on a recherché l'affection qu'à cause de sa grande fréquence. Il est évidemment impossible d'établir une comparaison entre la fréquence des lésions tuberculeuses, syphilitiques et sporotrichosiques, ces dernières étant infiniment plus rares. Mais nous avons tenu surtout, en réunissant nos observations stéphanoises de sporotrichose, à montrer que la maladie, ici comme ailleurs, était relativement fréquente, et que le médecin devrait toujours y penser à titre de diagnostic différentiel possible avec de la tuberculose ou de la syphilis.

## CHAPITRE III

# Sporotrichose pulmonaire

L'observation n° VI, que nous devons à l'obligéance de M. le docteur Laurent, nous montre une malade atteinte de sporotrichose à localisations osseuses et pulmonaire. Or *les sporotrichoses viscérales semblent jusqu'ici exceptionnelles chez l'homme.* (De Beurmann et Gougerot, *Les sporotrichoses*, 1912.) Il nous semble donc intéressant de discuter la valeur de cette observation au point de vue de la *sporotrichose pulmonaire* et de la comparer aux autres observations, d'ailleurs très rares, publiées sur ce sujet jusqu'à ce jour.

Nous allons donc voir, au point de vue anatomopathologique expérimental, puis au point de vue clinique, ce que l'on peut penser actuellement de la localisation de la sporotrichose sur les poumons.

### A. — Expérimentation et Anatomie pathologique

L'expérimentation a montré, d'une façon indiscutable, la possibilité de localisations de lésions sporotrichosiques sur les poumons. MM. de Beurmann

et Gougerot, auxquels nous empruntons ces données, ont montré que « tantôt associées à des nodules généralisés, tantôt isolées, *les lésions pulmonaires de sporotrichoses expérimentales du chien, du cobaye, du lapin et surtout du rat sont multiples et variées* ».

Rappelons brièvement les résultats expérimentaux obtenus par ces auteurs :

*a*) On peut rencontrer des formes broncho-pneumoniques et pneumoniques avec hépatisation rouge, ou infiltration grise d'allure banale.

*b*) On a aussi des sporotrichomes nodulaires, granulations, tubercules et abcès. On a tous les intermédiaires entre la granulation, le placard pneumonique, l'abcès et la cavernule. On a toutes les transitions entre la petite granulation naissante, le *tubercule* cru sporotrichosique et l'*abcès* qui résulte de la suppuration d'un infiltrat alvéolaire, ou d'un nodule péribronchique.

*c*) Les lésions des bronches sont toujours associées aux infiltrats broncho-pneumoniques et pneumoniques. Parfois leur intensité est telle que la lésion bronchique peut prédominer.

*d*) Enfin, on peut constater des lésions de sporotrichose pulmonaire chronique, avec des cavernes à parois fibro-nodulaires, des nodules, de la bronchectasie et de la sclérose pulmonaire.

Nous lisons dans le récit des expériences de de Beurmann et Gougerot :

« Chez un de nos lapins les lésions pulmonaires, avec cavernes et pleurésie sèche, dominent le tableau

clinique ; puis survient une dissémination tardive et discrète des granulations dans le foie et le rein, enfin l'animal meurt avec une méningite aiguë : *c'est dire que l'évolution de l'infection mycosique a été identique à certaines formes de tuberculose humaine...*

« Les lésions de ces poumons sporotrichosiques sont donc comparables aux lésions de la tuberculose chronique fibro-caséeuse : les *tubercules*, les cavernes, la sclérose pulmonaire sont associés, mais malgré leur aspect tuberculoïde, les processus sporotrichosiques conservent leurs particularités histologiques.

« Il faut insister sur cette caverne sporotrichosique, tout à fait caractéristique, identique à une caverne tuberculeuse. Le mécanisme a été le même que dans la tuberculose ; le parasite, apporté par les vaisseaux, a suscité le développement d'un nodule d'infiltrat péribronchique, la dégénérescence centrale du nodule, puis la nécrose, l'envahissement périphérique et la sclérose du tissu pulmonaire ; enfin, la formation d'un gros nodule fibro-caséeux, l'envahissement et l'ulcération de la bronche voisine, l'évacuation du contenu de la caverne : la caverne envahit lentement le poumon tandis qu'elle se creuse au centre.

« La structure de la caverne sporotrichosique est comparable à celle de la caverne tuberculeuse : la surface est irrégulière, parsemée de nodules et parfois de *tubercules caséeux*. La paroi est épaissie, fibro-nodulaire ; mais la formule cytologique est un peu différente, la sporotrichose étant caractérisée par ses follicules et ses vascularites, ses gommules à

micro-abcès, si différents des follicules bacillaires. La paroi de la caverne sporotrichosique résume toutes les autres lésions pulmonaires ; en effet, le centre excavé est le reste d'une énorme gomme, la paroi est tachetée de follicules, de gommules et de vascularites formant souvent de gros sporotrichomes ; les bords sont diffus, envahissant le sommet du poumon sous forme d'un placard de sclérose pulmonaire. »

Ces expériences de MM. de Beurmann et Gougerot semblent concluantes. Nous voyons donc qu'anatomiquement on peut créer et observer dans le poumon des animaux des lésions dues au *sporotrichum Beurmanni*.

Ces lésions revêtent l'aspect varié des lésions tuberculeuses avec des *tubercules* typiques ; et ceci vient à l'appui des idées soutenues par M. le professeur Nicolas : le tubercule n'étant pas un élément spécifique, on peut l'observer dans tous les processus inflammatoires, aussi bien dans la tuberculose que dans la syphilis. Il n'y a donc pas de raison pour qu'il n'existe pas dans la sporotrichose.

Il paraît donc logique, semble-t-il, puisque la sporotrichose pulmonaire existe expérimentalement, qu'elle existe aussi cliniquement.

### B. — **Clinique**

Cliniquement, les observations de sporotrichose pulmonaire sont extrêmement rares.

Dans leur Traité des *Sporotrichoses*, de Beurmann et Gougerot n'en retiennent que trois, estimant que

les autres observations publiées ne sont pas démonstratives.

Depuis ce traité (paru en 1912), il n'a pas été publié, à notre connaissance, de nouvelles observations, jusqu'à celle de M. le docteur Laurent (communiquée à la *Société des Sciences médicales de Saint-Etienne*, le 7 mai 1913), et que nous avons reproduite intégralement dans un chapitre précédent.

Nous allons donc examiner ces différentes observations, les comparer et rechercher ce que l'on peut déduire des faits qu'elles relatent.

1° *Observation de P. Marie et Gougerot.* — « Un malade, atteint d'ostéite sporotrichosique, meurt... A l'autopsie, on trouve des lésions des deux sommets. Ces lésions ont l'aspect des anciens foyers tuberculeux du sommet des poumons... La recherche des parasites sur les coupes ne révèle ni bacilles de Koch, ni cocci ; il n'y a pas non plus de formes indiscutables de *sporotrichum ;* peut-être à l'intérieur de certains macrophages et de certains polynucléaires, un corpuscule ovoïde, granuleux, encerclé d'une sorte de liséré incolore, transparent, représente-t-il la forme courte du parasite. La culture du suc pulmonaire sur des milieux favorables aux champignons est restée négative. »

On peut penser qu'il s'agit de lésions de sporotrichose pulmonaire, mais il n'y a pas cependant d'argument probant en faveur de la sporotrichose, plutôt que de la tuberculose.

2° *Observation de Séguin, d'Hanoï* (1910). — Un malade, M. M..., administrateur des colonies, est

soigné à l'hôpital d'Hanoï pour paludisme chronique. Il présente des phénomènes de congestion pulmonaire aux deux bases : « submatité aux deux bases avec diminution du murmure vésiculaire, voilé par des râles sous-crépitants nombreux ; ni souffle, ni pectoriloquie aphone, ni égophonie, vibrations thoraciques sensiblement normales. Crachats rouillés assez abondants. Etat général mauvais et même très inquiétant. Traces d'albumine dans les urines. »

Il fait une éruption cutanée de lésions démontrées sporotrichosiques.

L'ensemencement n'est pas fait avec les crachats.

L'examen bactériologique de ces crachats montre qu'ils ne contiennent pas de bacilles de Koch, mais y fait découvrir « en outre de la flore bactérienne banale, des cellules oblongues parfaitement régulières, homogènes, d'environ 2 $\mu$ sur 3 $\mu$, et ayant toutes les apparences de grosses spores. Pas de mycélium ».

Il n'est pas fait d'inoculation au cobaye.

Le malade est soumis au traitement ioduré (3 grammes par jour), *qui guérit rapidement les lésions tant cutanées que pulmonaires.*

M. Séguin conclut : « La sporotrichose pulmonaire semble démontrée : la présence du champignon dans l'expectoration, sa culture en partant d'une lésion fermée et surtout la guérison extrêmement rapide à la suite de l'administration de l'iodure sont des preuves suffisantes à l'appui de cette opinion. »

Nous voyons qu'il s'agit dans ce cas de lésions pulmonaires aiguës des bases, s'accompagnant de fièvre

et d'expectoration rouillée. Ces lésions ont été attribuées à la sporotrichose, en raison de l'association des lésions cutanées dues d'une manière certaine au *sporotrichum*, par suite de la présence de ce parasite dans les crachats et surtout de la guérison de toutes les lésions par l'iodure.

C'est cette dernière preuve qui nous semble la plus concluante, car, nous le savons, le *sporotrichum* peut végéter normalement, à l'état de saprophyte, dans les cavités buccales et pharyngiennes, et sa présence dans les crachats n'implique pas forcément sa présence dans le tissu pulmonaire.

Nous ne croyons donc pas devoir conclure, au sujet de ce cas, d'une manière aussi formelle que M. Séguin. Nous croyons simplement qu'il y a une très grande probabilité pour que les lésions pulmonaires constatées soient dues à de la sporotrichose : en effet, des lésions semblables ont été produites expérimentalement chez l'animal, et dans le cas relaté, l'iodure de potassium a amené très rapidement une guérison, qui n'aurait probablement pas été obtenue si vite s'il ne s'était pas agi de lésions dues à la mycose.

3° *Observation de Chantemesse et Rodriguez* (Résumée). — Mme X..., âgée de 40 ans, présente des phénomènes pulmonaires au sommet droit consistant en matité, respiration soufflante et râles de bronchite... Il n'y a aucune autre localisation. Les crachats, ensemencés en liquide de Raullin, donnent des cultures de *sporotrichum*. L'iodure est mal sup-

porté et ne donne aucun succès. La malade meurt en asystolie. Pas d'autopsie.

Cette observation nous semble prêter aux mêmes critiques que celles déjà faites à l'observation de M. Séguin. Il y a très grande probabilité de sporotrichose pulmonaire, mais pas démonstration absolue.

4° *Observation de M. le docteur Laurent.* (Voir page 28). — Cette observation, la dernière en date, nous paraît, avec celle de M. Séguin, et peut-être même plus que celle-ci, la plus probante de l'existence de la sporotrichose pulmonaire.

Il s'agit, nous le rappelons, d'une malade, atteinte de lésions sporotrichosiques osseuses et cutanées, qui a présenté des signes d'infiltration pulmonaire nette des deux sommets, simulant la tuberculose. Les lésions osseuses et pulmonaire ont parfaitement guéri par l'iodure. La malade n'avait pas de bacilles de Koch dans ses crachats. Elle n'a jamais eu de température. Cet ensemble de faits a permis de remplacer le diagnostic porté au début de tuberculose par celui de sporotrichose pulmonaire.

Cependant cette observation n'est pas non plus, il faut le reconnaître, à l'abri de la critique.

En premier lieu, il manque la culture positive des crachats ; mais ceux-ci ont donné une telle efflorescence de staphylocoques que le mycélium aurait peut-être eu de la peine à se développer. On peut admettre aussi que l'iodure déjà administré à la malade, au moment où l'examen des crachats fut

pratiqué, avait amené, dès le début de son absorption, la disparition des *sporotrichum* existant dans l'expectoration, avant que se soit produite la cicatrisation des lésions pulmonaires constituées.

En second lieu, l'inoculation au cobaye ne put être faite, car le jour où l'on eut un cobaye, la malade ne crachait plus.

Mais à côté de ces deux points faibles, que de raisons sérieuses pour entraîner la conviction, pour éliminer le diagnostic de tuberculose et porter celui de sporotrichose :

*a*) On n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans les crachats.

*b*) Les lésions osseuses concomitantes sont indiscutablement et exclusivement sporotrichosiques (le cobaye inoculé n'a pas eu de tuberculose).

*c*) La malade n'a jamais eu d'hyperthermie, et son expectoration a toujours été très réduite, faits difficilement explicables s'il s'agissait de tuberculose.

*d*) Le traitement d'épreuve avec ses brillants résultats semble éliminer complètement l'hypothèse de bacillose : en un mois, l'iodure de potassium, donné à haute dose (4 à 6 grammes par jour), a pu faire disparaître un foyer d'infiltration pulmonaire bilatéral, dont l'existence était établie depuis deux mois et demi. Lorsque l'on a cessé l'administration du médicament, les phénomènes pulmonaires ont reparu, pour disparaître de nouveau lorsque l'on remit la malade à l'iodure. Ces faits sont contraires à ceux observés journellement dans la tuberculose, où

l'iodure de potassium donné à haute dose, loin d'arrêter la marche de la maladie, aggraverait plutôt son évolution.

Cet ensemble de preuves permet donc, à notre avis, de porter fermement, dans ce cas, le diagnostic de sporotrichose pulmonaire.

De tous ces cas, nous croyons donc pouvoir conclure que :

*a*) La sporotrichose pulmonaire existe expérimentalement chez l'animal, et existe aussi cliniquement chez l'homme. Les expériences de de Beurmann et Gougerot annonçaient cette existence, et leurs prévisions « semblent être vérifiées, comme elles l'ont déjà été pour les os et les synoviales » ; les faits que nous venons de discuter semblent bien établir ce résultat.

*b*) Cette sporotrichose pulmonaire humaine pourra revêtir différentes formes cliniques :

Forme de congestion pulmonaire aiguë avec fièvre et expectoration rouillée, comme dans le cas de M. Séguin.

Forme simulant l'infiltration tuberculeuse des sommets, comme dans l'observation de MM. Chantemesse et Rodriguez, et surtout dans celle rapportée par M. le docteur Laurent.

Il est probable que de nombreuses autres formes cliniques, que fait prévoir l'expérimentation, seront constatées dans l'avenir, car nous croyons, avec MM. de Beurmann et Gougerot, « que la sporotrichose pul-

monaire n'est peut-être pas si exceptionnelle que cela et si les observations sont très rares, c'est peut-être parce qu'on les a mal cherchées » (De Beurmann et Gougerot : *Les sporotrichoses*, page 391).

*c*) Le traitement de ces lésions de sporotrichose pulmonaire sera l'administration de l'iodure, comme pour les autres lésions sporotrichosiques. Dans toutes les observations que nous reproduisons, et particulièrement dans le cas de la malade de M. le docteur Laurent, que nous avons pu nous-même suivre de près, les résultats ont été extrêmement brillants.

Il n'est donc pas sans intérêt de rechercher cette sporotrichose pulmonaire, dont le diagnostic, une fois porté, permettra de guérir des lésions difficilement curables, si on les prenait pour de la tuberculose.

## CHAPITRE IV

---

# La Sporotrichose accident du travail

---

Le cas du malade relaté dans notre observation n° 6 a soulevé devant les Tribunaux la question médico-légale de la sporotrichose « accident du travail ».

Cette question s'était déjà posée à Bordeaux, en 1911, pour un malade dont MM. Sabrazès et Guyot ont publié l'observation, observation qu'ils ont bien voulu nous communiquer, et que nous reproduisons plus loin.

Ces deux observations relatent les deux seuls cas où s'est posée, jusqu'à ce jour, la question des rapports entre les accidents du travail et la sporotrichose. C'est une question qui nous paraît intéressante, surtout dans une région industrielle comme celle de Saint-Etienne, où les accidents du travail sont extrêmement nombreux, et où, nous l'avons montré, les cas de sporotrichose sont relativement fréquents.

Nous allons donc examiner en détail successivement chacun des deux cas relatés, puis, nous plaçant à un point de vue plus général, et nous basant sur l'étiologie, bien connue actuellement de la sporotrichose, nous rechercherons quels rapports peuvent exister entre les lésions sporotrichosiques et les accidents du travail.

### A. — **Examen des faits cliniques observés**

#### I. — Premier Cas

*Exposition des faits.* — Dans le premier cas (observation de M. le docteur Duchamp), il s'agit d'un mineur qui subit, en septembre 1911, une contusion assez violente de la région lombaire, avec éraflures superficielles. Les traces du traumatisme ont à peu près complètement disparu quand, *cinq mois après l'accident*, en mars 1912, apparaissent des gommes au niveau du cou et du bras droit. Ces gommes résistent au traitement prescrit par le sirop de Gibert (que le malade ne prend d'ailleurs peut-être pas), et il en apparaît d'autres en différents points du corps. En juillet 1912, le diagnostic de sporotrichose est posé par MM. les docteurs Duchamp et Laurent, diagnostic vérifié par les cultures.

Le malade a touché son demi-salaire jusqu'à ce jour. Il attribue la maladie dont il souffre à son accident et il réclame une indemnité à la Compagnie des Houillères.

La Compagnie refuse l'indemnité, sur les conseils du docteur Duchamp. Le docteur Duchamp consi-

dère comme très douteuse la relation de cause à effet entre l'accident et les lésions sporotrichosiques, et engage à faire préciser par le Tribunal ce point de droit encore nouveau. La Compagnie demande donc la nomination de trois experts. Elle dit n'avoir gardé A... si longtemps en caisse que pour permettre l'étude d'une question encore neuve. « Elle a toujours entendu, et entend encore, faire limiter, par le Tribunal, sa responsabilité aux lésions permanentes, si elles existent, en relation directe avec l'accident, et ne pas prendre à sa charge celles que le traumatisme n'a fait que révéler et qui sont dues à un état morbide antérieur. »

Voilà donc la question nettement posée devant le Tribunal, qui aura à juger si les lésions de sporotrichose typiques, présentées par A... sont dues à son accident du travail.

Des experts sont nommés. (Nous publions plus loin leur rapport et le jugement rendu par le Tribunal de Saint-Etienne.)

Les experts reconnaissent que le malade est atteint de sporotrichose en pleine évolution, mais ils écartent comme cause directe d'inoculation le traumatisme se basant :

1° Sur le laps de temps trop considérable écoulé entre l'apparition des gommes et le traumatisme (*cinq mois*) ;

2° Sur l'absence de lésions au point traumatisé (*contusion de la région lombaire, apparition de gommes au niveau du cou et du bras*) ;

3° Sur l'absence de traînées lymphangitiques partant du point traumatisé.

Les experts écartent même la cause occasionnelle et n'admettent pas que le traumatisme léger ait pu mettre le malade en état de réceptivité.

Ils concluent donc que l'affection dont A... est atteint n'est pas consécutive à l'accident, et qu'il n'existe pas d'incapacité de travail imputable à l'accident.

Le Tribunal de Saint-Etienne, dans un jugement du 23 avril 1913, adopte entièrement les conclusions des experts et dit que « l'affection dont le demandeur est atteint n'est pas consécutive à l'accident et, en conséquence, le dit mal fondé en ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute et le condamne à tous les dépens. »

Mais A..., qui est encore en pleine poussée de sporotrichose, n'est pas satisfait du jugement du Tribunal de Saint-Etienne. Il fait appel, et le procès est encore actuellement pendant devant la Cour d'appel de Lyon.

*Discussion.* — Voilà donc le premier cas où les Tribunaux ont eu à se prononcer sur les rapports de la sporotrichose et des accidents du travail. Or, dans ce cas, il semble évident que la sporotrichose n'était pas due à l'accident.

On aurait pu prétendre que l'introduction du *sporotrichum* avait eu lieu dans l'organisme, au niveau des éraflures produites par les boisages effondrés.

Mais les lésions étaient, pour admettre cela, survenues à une date trop éloignée après la cicatrisation de ces excoriations (*cinq mois après*).

Il est certain, sans doute, que la durée de l'incubation de la sporotrichose est très variable. Il est possible, disent MM. de Beurmann et Gougerot, que « dans certains cas le parasite séjourne dans la peau ou sur les muqueuses sans provoquer de lésions, et ne devienne pathogène que longtemps après la contamination », et ils ajoutent : « Ce temps d'incubation est très variable, tantôt très court, tantôt très long. Il fut d'une vingtaine de jours dans notre cas n° XII, de trois mois dans le cas n° XIII. Dans les faits expérimentaux les plus nets, *la durée de l'incubation varie de une à quatre semaines.* »

On ne peut donc pas, semble-t-il, si variable que soit la durée de l'incubation, admettre une incubation de cinq mois, le cas le plus long est de trois mois, et c'est le seul.

En second lieu, il est établi que dans les cas de sporotrichose consécutifs à un traumatisme, on constate généralement, « au point où le parasite a pénétré dans l'organisme à travers la peau, l'apparition de la première gomme cutanée d'une sorte de *chancre sporotrichosique*. Si ce chancre manque, il existe tout au moins une traînée lymphangitique allant du point lésé jusqu'à la gomme apparue la première en date. » (De Beurmann et Gougerot.)

Rien de semblable dans le cas de A... *La première gomme est apparue à l'épaule cinq mois après une contusion sacro-lombaire.* Il semble donc bien n'y

avoir eu dans ce cas aucune relation de cause à effet entre la sporotrichose et l'accident.

L'accident n'a pu influer sur la longue évolution de la maladie que par l'intermédiaire de la volonté du malade, qui ne tenait sans doute pas à se voir guéri tant qu'il n'aurait pas obtenu d'indemnité de la Compagnie.

## II. — Deuxième Cas

*Exposition des faits.* — Le deuxième cas observé, celui de MM. Sabrazès et Guyot, de Bordeaux, est bien différent de celui-ci :

« Il s'agit d'un homme de 69 ans, allumeur de réverbères, renversé par une auto-taxi. Il a une contusion de la région malléolaire droite interne, et, environ deux mois après le traumatisme, le médecin qui l'examine constate à ce niveau une tuméfaction avec trajet fistuleux, que l'on diagnostique ostéo-périostite tuberculeuse. L'immobilisation et les pansements ne modifient en rien les lésions. On pratique l'examen du pus, qui démontre l'existence du *Sporotrichum Beurmanni.* Le blessé, mis au traitement ioduré, guérit en l'espace de quinze jours, alors que depuis six mois on n'avait obtenu aucun résultat. »

La question d'indemnité ne se posa pas, le malade étant complètement guéri. Cependant, il semble ressortir de l'observation de M. Sabrazès que, pendant toute la durée de sa maladie, les frais furent couverts par une Compagnie d'assurances.

*Discussion.* — Que penser, dans ce cas, du rapport

de cause à effet entre la lésion sporotrichosique et le traumatisme ?

Il est hors de doute que la cause réelle de la maladie n'est pas l'accident, mais le *Sporotrichum*. Pour qu'il y ait sporotrichose, il faut qu'il ait pénétration et dissémination du germe dans l'organisme. Or, le traumatisme ne s'étant pas accompagné de plaie, il n'y a pas à discuter, comme dans le cas précédent, si la pénétration du parasite était due à l'accident.

Mais le traumatisme a pu être, semble-t-il, la cause occasionnelle de la maladie, en localisant, au niveau du point contusionné, les germes existant dans le sang du malade avant son accident.

De Beurmann et Gougerot rapportent les faits suivants : « Chez notre malade n° VI, atteint de sporotrichose disséminée, une gomme est apparue au dos de la main, en un point qui avait subi une contusion. Notre malade M^me^ K..., atteinte d'une ostéomyélite primitive du tibia, se cognait cette partie de la jambe avec le panier à pain qu'elle poussait devant elle. *Un traumatisme accidentel ou professionnel peut donc localiser la première manifestation de la maladie.* »

Il semble donc, dans ce cas de MM. Sabrazès et Guyot, que l'accident n'est certainement pas intervenu comme cause réelle de la sporotrichose, mais, peut-être, a-t-il été la cause occasionnelle qui a localisé la première manifestation de la maladie.

Tels sont les deux seuls cas observés jusqu'à ce jour de sporotrichose « accident du travail ». Que conclure de ces faits ?

## B. — **Discussion**

Il est probable que, dans l'avenir, de nombreux autres cas analogues se présenteront, au fur et à mesure que les cas de sporotrichose seront recherchés plus attentivement, et médecins et juges auront certainement à se prononcer souvent sur les rapports qui existeront entre des accidents du travail et des lésions de sporotrichose.

Nous ne pouvons pas envisager tous les cas qui pourront se produire : à chaque cas particulier correspondra certainement une solution différente. Mais nous voulons simplement, des faits observés, déduire s'il sera possible, dans certains cas, de conclure qu'une sporotrichose est due à un accident.

Il nous semble que la question pourra se poser de deux façons différentes :

I. — Dans une première hypothèse, on pourra avoir affaire à des malades atteints de sporotrichose, survenant peu de temps après *un traumatisme s'accompagnant de plaie.*

Il ne semble pas absolument impossible, dans ce cas-là, en se basant sur les faits étiologiques connus, que le traumastisme soit la porte d'entrée du parasite dans l'organisme.

Nous lisons, en effet, dans le livre de de Beurmann et Gougerot, les faits suivants, que nous croyons utile de reproduire textuellement :

« Les *sporotrichum* existent dans le monde extérieur, les occasions d'entrer en contact avec eux doi-

vent être nombreuses, et les agents intermédiaires, végétaux et animaux qui peuvent introduire les germes sporotrichosiques dans l'organisme, peuvent être très variés... Les *sporotrichum* végètent sur les épines et les bois ; *donc, une piqûre, une écorchure, peuvent les introduire dans l'organisme. Ils vivent dans le sous-sol ; donc, une plaie souillée de terre peut être le point de départ de la mycose...*

« Le champignon, pris dans le monde extérieur, apporté par l'un de ces intermédiaires, pénètre dans l'organisme, tantôt par la peau, tantôt par les muqueuses. Un premier mode de contamination *est l'inoculation traumatique cutanée ou muqueuse*, l'individu prenant le contage à l'une des nombreuses sources énumérées ci-dessus.

« Nos inoculations de 1906, au cobaye, avaient donné la preuve expérimentale de ce mode de contagion. Notre cas n° XII en fut, chez l'homme, le premier exemple démonstratif pour le *sporotrichum Beurmanni*. L'étiologie végétale était des plus nettes : le malade, marchand des quatre-saisons, avait reçu un coup de tire-point au front ; il n'avait fait aucun pansement, et, pour cacher sa blessure, il enfonçait sur son front une vieille casquette, qui traînait d'ordinaire sur sa voiture remplie de fruits et de légumes. Plusieurs observations confirmatives furent rapportées pendant les mois suivants et l'on ne compte plus les cas *où l'enquête étiologique indique une profession qui met le malade en contact avec des végétaux susceptibles d'être parasites :* cuisinière blessée en épluchant des légumes, marchande de salades, épi-

cier, porteur aux halles, ouvrier maniant de la paille, cultivateur, fruitier, vétérinaire, etc. Un des cas les plus démonstratifs est celui de de Beurmann et Saint-Girons : la mycose, localisée à l'avant-bras, fut inoculée par une écharde d'épine-vinette. »

De tous ces faits, il résulte d'une façon certaine que, par une plaie de la peau, consécutive à un traumatisme, le *sporotrichum* peut être introduit dans l'organisme et donner lieu à une sporotrichose généralisée, en se diffusant par les voies artérielles et lymphatiques.

Donc, si l'on voit se produire une sporotrichose chez un malade ayant eu un accident du travail, un traumatisme accompagné de plaies cutanées, il ne faudra pas rejeter, sans discussions, l'idée que le parasite a pu pénétrer dans l'organisme par les érosions de la peau, et que l'inoculation est due au traumatisme, à l'accident du travail.

Cette conclusion peut paraître audacieuse ; mais, cependant, certains cas de tétanos ou de charbon ont été considérés, par les Tribunaux, comme des accidents du travail, la preuve ayant été faite de l'inoculation de la maladie pendant ou à l'occasion du travail.

Mais c'est cette preuve qui sera toujours difficile à faire, et les médecins et les experts devront être extrêmement prudents dans leurs conclusions.

Dans les cas comme celui de A..., où la sporotrichose survient très longtemps après l'accident, où il n'y a pas traces de localisations sporotrichosiques au

niveau de la plaie, il sera assez facile d'éliminer le traumastisme comme porte d'entrée du parasite.

Mais il pourra se produire d'autres cas où la maladie surviendra *peu de temps après le traumatisme*, et il sera bien difficile de déterminer quelle est sa cause réelle.

On pourra parfois le faire en se basant, comme nous l'avons indiqué plus haut, sur la longueur de l'inoculation, sur la présence ou l'absence de lésions sporotrichosiques primitives, de *chancre sporotrichosique*, au point traumatisé, sur l'existence de traînées lymphangitiques allant de la plaie aux gommes apparues les premières.

Mais avant de se hâter de conclure que la maladie est due à l'accident, il ne faudra pas oublier que, si le *sporotrichum* peut pénétrer dans l'organisme par la voie cutanée à la faveur d'un traumastisme, il peut aussi pénétrer par la voie cutanée et les muqueuses, sans traumatisme, et fréquemment aussi par l'ingestion alimentaire. « Cette origine digestive d'un certain nombre de sporotrichoses, disent MM. de Beurmann et Gougerot, indiquée dans notre premier mémoire de 1906, fut démontrée en 1907, pour notre malade n° VI, par nos expériences d'inoculation alimentaire sur le cobaye et le rat, et confirmée par nos expériences *in vitro* de l'action des sucs digestifs, sur le *sporotrichum Beurmanni*. Maintes fois nous avons insisté sur l'importance de cette voie d'inoculation. »

Nous voyons donc qu'il sera souvent difficile aux médecins de se prononcer sur l'origine réelle de la

maladie, de dire si la pénétration du champignon s'est faite au moment de l'accident, après l'accident, ou si elle a eu lieu absolument en dehors de lui.

La possibilité de pénétration dans l'organisme par la voie digestive permettra même peut-être, dans certains cas, de ne pas considérer la maladie comme *accident du travail*, mais comme *maladie professionnelle :* la pénétration du parasite dans l'organisme s'étant faite au cours du travail, dans un chantier ou en un puits de mine, par exemple, où végétaient les parasites.

L'interprétation des cas sera donc, dans ce premier ordre de faits, très délicate, et il est difficile de tracer une règle de conduite exacte pour les cas futurs. Cependant, on peut, semble-t-il, en déduire une par analogie des discussions et des procès intentés au sujet des maladies dues à la pénétration d'un germe microbien dans l'organisme.

Aussi croyons-nous devoir reproduire l'opinion de MM. Ollive et Le Meignen, au sujet du charbon accident du travail, qui pourra s'appliquer, semble-t-il, à la sporotrichose.

Ces auteurs disent : (in traité : *Accidents du travail*) « Parmi les maladies infectieuses que peuvent déterminer les produits manipulés par les ouvriers, une des plus répandues est, à coup sûr, le charbon... Toutes les fois qu'un vrai traumatisme sera venu frapper l'individu pendant son travail, et, véhicule du germe microbien, l'aura ainsi inoculé, nous disons qu'il y a accident. Chaque fois que nous aurons affaire à une éclosion pour ainsi dire spon-

tanée, que la porte d'entrée ne pourra être mise en évidence, nous ne pourrons conclure à un accident, mais nous ne pourrons pas davantage dire qu'il y a eu maladie professionnelle. Ici, ce qui empêche d'admettre la maladie comme accident du travail, c'est non seulement la non-existence du fait normal, mais encore l'absence de certitude sur l'origine. C'est là l'opinion de Ferrette et Laval, celle de Bernacchi, cité par ces auteurs ; alors même qu'il y aurait la plus grande probabilité que la contagion ait eu lieu pendant le travail, cette probabilité ne suffit pas, car l'ouvrier a pu se contaminer ailleurs. C'est ainsi qu'a jugé la Cour d'appel de Rennes (13 janvier 1902), confirmant un arrêt du Tribunal de la même ville (8 mars 1901). »

Ces paroles peuvent, croyons-nous, s'appliquer très bien aux cas de *sporotrichose* que nous examinons, *succédant à un traumatisme avec plaie.*

Il faudrait, pour pouvoir dire qu'il y a accident du travail, prouver qu'il y a eu inoculation pendant le travail, au moment de l'accident, et non pas contamination ailleurs. Nous croyons que cette preuve sera toujours très difficile à faire et que les cas de sporotrichose, réellement dus à un accident du travail, s'ils peuvent exister (il n'y en a pas encore eu à notre connaissance), seront du moins très rares.

II. — Dans d'autres cas, on pourra avoir affaire à des malades analogues à l'allumeur de réverbères de MM. Sabrazès et Guyot, qui auront *un traumatisme accidentel sans plaie*, et qui, consécutivement au

traumatisme, présenteront, au point traumatisé, une lésion de sporotrichose.

Dans ce cas, il sera évidemment impossible de dire que la cause réelle de la maladie est l'accident, mais on pourra dire qu'il en est la cause occasionnelle.

Il nous semble que l'on peut très bien, dans ce cas, assimiler les ostéo-arthrites sporotrichosiques post-traumatiques aux ostéo-arthrites tuberculeuses survenant après un accident du travail. Or, dans ce dernier cas, les ouvriers obtiennent ordinairement des indemnités pour leur incapacité de travail. Il semble logiquement qu'il pourra en être de même un jour pour la sporotrichose que pour la tuberculose, et que des jugements analogues pourront être rendus pour les deux affections.

Toutefois, il s'agira toujours, comme dans le premier ordre de cas que nous avons envisagés, d'examiner très soigneusement les faits avant de conclure à une relation de cause à effet entre l'accident et la maladie.

Il est de plus un point qui modifiera certainement la question, au point de vue de la sporotrichose, et établira une différence entre les lésions tuberculeuses et sporotrichosiques post-traumatiques, c'est le pronostic fort différent des deux maladies : la sporotrichose guérit, en effet, généralement bien par le traitement ioduré, et ce pronostic de l'affection, qui ne laissera généralement pas d'incapacité de travail, empêchera souvent des contestations de se produire entre employeurs et employés.

Enfin, il est un dernier point que l'on ne devra

jamais oublier, lorsque l'on appréciera les rapports entre un accident du travail et une sporotrichose, c'est que la sporotrichose exige, pour se développer, dans la majeure partie des cas, une prédisposition de terrain. De Beurmann et Gougerot disent : « On peut affirmer que, dans la grande majorité des cas, la sporotrichose réclame, pour se développer, un terrain affaibli, un état de moindre résistance, et qu'elle est ordinairement une *maladie secondaire.* »

## Conclusions

Que conclurons-nous, en résumé, de cette exposition de faits et de cette discussion, peut-être un peu longue, mais cependant nécessaire pour envisager des faits entièrement nouveaux ?

1° Tout d'abord, les cas de sporotrichose ayant posé la question médico-légale de la *sporotrichose accident du travail*, sont actuellement très rares, puisque sur plusieurs centaines d'observations de sporotrichose publiées en France, nous n'avons pu en relever que deux cas :

Dans le premier de ces cas, la sporotrichose ne peut certainement pas être considérée comme due à l'accident du travail.

Dans le deuxième cas, le traumatisme a pu être la cause occasionnelle de l'affection, au même titre qu'un traumatisme peut être la cause occasionnelle d'une arthrite tuberculeuse du genou.

2° Il est difficile de prévoir les cas futurs qui se produiront. A chaque cas particulier correspondra certainement une solution différente.

Cependant, on peut déduire, de l'étiologie de la sporotrichose et du mode de pénétration du parasite dans l'organisme, qu'il n'est pas impossible, à priori, de voir la maladie se développer consécutivement à un accident du travail.

3° La conduite à tenir dans ces cas-là, pour apprécier les faits, sera toujours délicate, car il sera toujours difficile d'avoir une certitude que la contamination a eu lieu pendant le travail. Le fait que la sporotrichose exige, pour se développer, un terrain de moindre résistance, rendra encore plus difficile, dans beaucoup de cas, d'admettre que la maladie est due à l'accident.

# APPENDICE

Nous croyons intéressant de publier ici :

1° L'observation de MM. Sabrazès et Guyot, de Bordeaux, au sujet d'un cas de sporotrichose accident du travail ;

2° Le rapport des experts commis dans l'affaire A... ;

3° Le jugement du Tribunal de Saint-Etienne dans la même affaire.

### Un cas de sporotrichose accident du travail

Par MM. J. Sabrazès et J. Guyot

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, Séance du 12 mai 1911

Les cas de sporotrichose publiés n'étant pas encore très nombreux, nous tenons à vous rapporter l'observation d'un malade que nous eûmes à soigner et qui était atteint de cette affection. Ce cas est, à notre connaissance, le premier observé dans notre région.

Il s'agissait d'un homme âgé de soixante-neuf ans, exerçant la profession d'allumeur de réverbères et attaché en cette qualité à la Compagnie générale d'éclairage de Bordeaux. Le 23 juin 1909, à une heure du matin, cet ouvrier, procédant à l'extinction des lanternes cours du XXX-Juillet, fut tamponné et renversé par une auto-taxi. Transporté à l'hôpital Saint-André dans le service de M. Courtin, on y constata, paraît-il, une contusion au niveau des deux jambes et du coude gauche. Le blessé ne resta que deux jours à l'hôpital, d'où il sortit le 25 juin, et fut soigné chez lui, cours du Pré-Saint-Maur, par son médecin, M. le Dr Triaud. Celui-ci, dans un certificat délivré le 14 juillet suivant, constate l'existence d'un vaste hématome au niveau du mollet gauche, avec légère entorse tibio-tarsienne droite. Le 22 août suivant, l'hématome du côté gauche a tout à fait disparu ; « toutefois, il reste encore un engorgement assez marqué des malléoles, surtout au niveau de la malléole interne droite, qui est augmentée de volume et paraît atteinte d'ostéo-périostite ».

Au commencement de septembre, cette tuméfaction s'abcède et il s'écoule une petite quantité de pus ; malgré le repos et les pansements humides, la peau reste rouge, luisante, et le petit pertuis laisse toujours sourdre un peu de pus. M. le Dr Triaud, ne constatant aucun changement, conseille, en septembre, de recourir à un curettage de la lésion osseuse.

Appelé, le 30 septembre 1909, à examiner cet homme, l'un de nous constate qu'il n'y a aucun retentissement sur l'état général : l'affection a évolué d'ailleurs sans fièvre. Rien à noter dans les antécédents ; cet homme est veuf et vit avec ses cinq enfants. Il marche sans grande gêne et sans claudication. Les membres inférieurs découverts, on ne trouve aucune trace de l'hématome du mollet ; par contre, dans la région du coup-de-pied droit, on note un gonflement manifeste de la région bimalléolaire, surtout accusé au niveau de la malléole interne. Celle-ci est beaucoup plus volumineuse que celle du côté opposé : la tuméfaction dont elle est le siège est recouverte d'une peau amincie, de coloration violacée, présentant à son centre un orifice fistuleux par lequel s'écoule une petite quantité de pus d'aspect séreux. La région du cou-de-pied droit est le siège d'un œdème mou, qui remonte à 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, et est surtout accusé au niveau de la face antérieure du tibia. On ne trouve aucune déformation osseuse ou modification de l'axe du membre susceptible de faire penser à l'existence d'une fracture, mais il y a manifestement du gonflement de la malléole interne, qui est un peu sensible à la pression et présente sur l'étendue d'une pièce de cinq francs un placard induré. Ce placard est surmonté par une saillie croûteuse acuminée avec cratère central, d'où par pression on fait sourdre une gouttelette blanc grisâtre d'aspect puriforme. Les mouvements de flexion et d'extension du pied s'effectuent normalement et sans douleur. On n'observe pas d'atrophie sensible des muscles du mollet ou de la cuisse. Nous concluons à une ostéite traumatique de la malléole interne du tibia consécutive à une contusion directe de la région chez un sujet atteint de varices profondes et conseillons, avec l'application de pansements antiseptiques, de recourir à l'immobilisation du membre.

Revoyant le blessé au début de février 1910, nous ne constatons ni aggravation, ni amélioration : le trajet fistuleux suppure toujours modérément ; le stylet introduit s'enfonce profondément vers la malléole, qui semble recouverte de fongosités mollasses ; on ne trouve pas de surface osseuse dénudée. L'allure torpide de l'affection résistant au repos prolongé et à l'application régulière de pansements aseptiques nous incite à soupçonner, en l'absence complète d'antécédents syphilitiques, une lésion locale d'origine tuberculeuse, quoique ni la recherche des antécédents ni l'examen minutieux du malade ne nous aient rien révélé pouvant nous faire penser à la tuberculose. Sur notre demande, la Compagnie

d'assurances accepte qu'il soit procédé, d'une part, à une radiographie du coup-de-pied et, d'autre part, à un examen bactériologique du liquide s'écoulant par le trajet fistuleux.

La radiographie, pratiquée par M. le professeur Sigalas, montre l'existence d'une légère tuméfaction de la malléole interne. Quant à l'examen bactériologique du pus, pratiqué par l'un de nous, il montre beaucoup de leucocytes polynucléés neutrophiles bien conservés et des amas de diplocoques. Pas de microbes acido-résistants.

Nous ensemençons le pus dans lequel, par l'examen direct, on ne peut mettre en évidence avec certitude des éléments mycosiques, sur gélose maltosée. De plus, nous inoculons un cobaye sous la peau de la patte postérieure droite. Ce cobaye pesait 570 grammes ; le 24 mars, il pesait 560 grammes. Il a eu un abcès à pus bien lié au point d'inoculation.

Suppuration complexe avec microcoques, beaucoup de chaînettes, bâtonnets filamenteux, pas de bacilles de Koch, pas de champignon reconnaissable.

Ce cobaye a augmenté de poids. Il pesait, le 21 avril, 570 grammes ; le 22 avril, 605 grammes. Nous le sacrifions à cette date. L'abcès du point d'inoculation a la grosseur d'une noisette ; le pus, d'aspect caséeux, a une odeur fade. Il contient les microbes susindiqués. La mise en culture sur gélose maltosée a reproduit ces microbes, mais non le *sporotrichum*. Pas de bacilles tuberculeux. De tout petits ganglions se trouvent en amont de l'abcès ; ils ne contiennent ni pus, ni tubercules, ni bacilles. L'examen de tous les organes de ce cobaye permet d'affirmer l'absence de tuberculose. Un petit point de suppuration dans le poumon gauche ensemencé sur gélose maltosée n'a pas donné de sporotrichum.

Par contre, le pus prélevé par aspiration *au fond du cratère* de la lésion de cet homme a fourni des cultures de sporotrichum à la température de laboratoire, sur gélose maltosée. Les colonies, d'un gris souris, en médaillon, un peu godronnées sur les bords, hérissées de saillies acuminées, sont glabres à la surface, lisses, se recouvrent à la longue d'un poudrage blanc terne de sporules. Les appareils de fructification conoïdiens sont ceux des sporotrichums Schenki et Beurmanni.

La culture que nous vous présentons a été entretenue depuis lors et a conservé à peu près ses caractères.

Notre blessé, dès le résultat de ces examens, est immédiatement mis au traitement ioduré (3 à 5 grammes d'iodure de potassium par jour) ; sa plaie est en même temps recouverte de teinture d'iode. Au bout de très peu de jours, l'amélioration est indéniable : la température diminue, l'œdème disparaît, le trajet fistuleux s'oblitère et, au bout de deux à trois semaines de convalescence, le blessé peut reprendre son travail.

**Extrait des minutes du Greffe du Tribunal Civil de première instance de la ville et de l'arrondissement de Saint-Etienne, chef-lieu du département de la Loire. Rapport dans l'instance A..., c/ Houillères de Saint-Etienne.**

Nous, soussignés, Ch. Viannay, Briault et H. Dumas, docteurs en médecine, experts désignés par un jugement du Tribunal civil de Saint-Etienne, en date du onze décembre 1912, pour donner notre avis sur les suites d'un accident survenu au sieur A..., avons, dispensés du serment, commencé nos opérations dès le trois janvier mil neuf cent treize et voici le résultat de nos investigations.

Notre mission consistait à visiter et examiner A... et déterminer les conséquences de l'accident dont ledit A... a été la victime sur la capacité de travail de celui-ci, en précisant soit la date de guérison complète, soit, en cas d'incapacité permanente, la date de la consolidation de la blessure.

COMMÉMORATIFS

Le sept décembre mil neuf cent onze, le sieur A... Noël, âgé de quarante ans, boiseur à la Compagnie des Houillères de Saint-Etienne, était occupé au puits Verpilleux à restaurer une galerie éboulée. Il était considéré comme chef de chantier et avait sous ses ordres sept ouvriers, dont quatre maçons.

Des blocs se détachèrent de la voûte entraînant une partie du boisage.

Les blocs et les étais lui tombèrent sur les reins et, d'après son dire, il fut projeté à une distance de cinq mètres. Il était alors deux heures du soir.

Relevé par ses camarades, il fut placé sur une civière et conduit à l'hôpital du Soleil, où il fut pansé par le docteur Lafond, médecin de la Compagnie des Houillères de Saint-Etienne ; il resta à l'Hôpital jusqu'à cinq heures et demie du soir, puis fut conduit chez lui.

Il n'existait pas de plaie dans les reins, mais il y avait une forte ecchymose qui a persisté longtemps.

Il put se lever au bout de trois ou quatre jours, mais il garda la chambre une ou deux semaines Au bout de cinq mois, il vit apparaître à la face externe du bras droit une tumeur indolore ; cette tumeur fut bientôt suivie d'une seconde à la face antérieure du thorax, puis d'une troisième. Il y en eut sept en tout.

Le docteur Duchamp, chirurgien de la Compagnie des Houillères, fit recueillir le liquide contenu dans une de ces tumeurs et en fit pratiquer l'analyse bactériologique par le docteur Laurent.

Le praticien a fait la déclaration suivante :

Le pus des abcès de Noël A..., ensemencé sur le milieu de Sabouraud à la gélose peptonée a donné des éléments absolument

typiques de *sporotrichum Beurmanni*, le malade est donc atteint de sporotrichose.

Depuis le jour de l'accident, A... n'a pu se livrer à aucun travail utile.

EXAMEN

Noël A... est âgé de quarante ans ; il est de taille moyenne, modérément musclé, un peu pâle ; il dit avoir perdu plusieurs kilos depuis l'accident.

Aucun antécédent pathologique à noter, sauf une amputation de la première phalange de l'index droit survenue à l'âge de deux ans.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'examen de la région contusionnée ne révèle aucune lésion. Il ne reste aucune trace de l'ecchymose (évidemment après treize mois).

Une radiographie pratiquée par le docteur Fayard ne signale aucune lésion osseuse.

A la base du cou, à droite de la ligne médiane antérieure, se voit une tuméfaction formée de plusieurs bosselures distinctes : une médiane, la plus saillante, au niveau de laquelle la peau est rouge, et où l'on perçoit de la fluctuation ; une autre, plus inférieure et plus latérale, s'étalant au-devant de l'extrémité interne de la clavicule droite et de l'articulation sterno-claviculaire.

En outre, à gauche et un peu au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire, existe une fistule à orifice cratériforme qui a succédé à une gomme semblable à celles précédemment décrites et qui s'est ulcérée spontanément.

Au-dessus de l'aisselle droite, on note un volumineux ganglion, arrondi, mobile, de consistance dure, qui soulève le muscle grand pectoral au point d'effacer complètement la dépression normale du creux sous-claviculaire.

Au bras droit on perçoit encore vaguement une traînée lymphangitique consécutive à la présence de la gomme première en date.

Le liquide, examiné par le Dr Laurent, a été prélevé sur la tumeur existant au-devant de l'articulation sterno-claviculaire droite.

**Symptômes subjectifs.** — A... accuse de la lassitude, de la gêne du bras et du cou. Il a une attitude figée et dit ne pouvoir se livrer à aucun travail. Nous le croyons sans peine, étant donné la multiplicité des gommes et l'infection généralisée due à la mycose.

Il accuse des douleurs modérées, mais se plaint surtout de gêne dans les mouvements.

Il est manifestement très déprimé. Il insiste surtout sur une douleur qui existerait au niveau de la masse sacro-lombaire au niveau du point contusionné. A cet endroit précis, nous ne trouvons aucun signe somatique pouvant expliquer ces douleurs,

L'impression générale qui ressort de l'examen est que nous nous trouvons en présence d'un malade profondément infecté, mais d'un malade.

Dès que la nature de la maladie a été reconnue et exactement classée, par la découverte dans le pus du parasite, le docteur Duchamp a administré d'abord du sirop de Gibert, en second lieu de l'iodure de potassium pur ; les lésions primitives ont rétrocédé avec rapidité.

Malheureusement, A... n'a pu supporter le traitement ; pendant assez longtemps, il a dû le suspendre pour cause d'intolérance et de nouvelles gommes sont survenues.

Actuellement, la maladie est encore en pleine évolution et si un traitement ioduré intensif n'est pas appliqué, il est à craindre que les muqueuses et les os soient envahis ; complications des plus graves dont la littérature médicale nous offre d'assez nombreux exemples et qui peut entraîner la mort.

## Discussion

Il est indispensable de décrire l'étiologie, la pathogénie et l'évolution de la maladie mycosique. A notre connaissance, c'est la seconde fois seulement que les tribunaux sont appelés à statuer sur un cas semblable. Les docteurs Sabrazès et Guyot viennent de publier, à Bordeaux, un exemple de sporotrichose osseuse. Il s'agissait d'un homme de soixante-neuf ans, renversé par une autotaxi et qui présentait une contusion de la région malléolaire droite interne ; au bout de peu de jours apparut une tuméfaction qui se vida par un trajet fistuleux ; le traitement ioduré a guéri en quinze jours ce blessé souffrant depuis six mois. Mais, dans ce cas, l'influence du traumatisme n'était pas douteuse, la gomme ayant apparu très rapidement au niveau du point contusionné et étant restée unique.

*Historique de la maladie.* — La sporotrichose, ou plutôt les sporotrichoses (car il existe plusieurs variétés de champignons) est une maladie commune à l'homme et aux animaux, et due à des champignons filamenteux et sporulés du genre *sporotrichum*. Jusqu'en mil neuf cent six, cette maladie a été confondue avec la syphilis et la tuberculose.

C'est une affection bénigne, sauf exceptions, contre laquelle on possède un traitement quasi-spécifique, l'iodure de potassium.

Le nombre des nodosités dépasse d'habitude cinq et les gommes sont, à des âges très différents, les unes ramollies, les autres indurées, les autres ulcérées ; l'évolution est complète en cinq ou six semaines ; le ramollissement se fait sans poussée inflammatoire douloureuse.

Telle est la description de la maladie faite pour la première fois en mil neuf cent six par de Beurmann, qui a attaché son nom à

cette affection. (Le cas qui nous occupe semble calqué sur la description faite plus haut.)

*Etiologie.* — Les germes sporotrichosiques existent dans la nature où ils vivent en saprophytes ; l'homme se les inocule le plus souvent par l'intermédiaire de débris végétaux, le point d'inoculation est cutané ou muqueux.

C'est dans le monde extérieur que le malade trouve le contage, le *sporotrichum* végète sur les épines et sur le bois. Donc, une piqûre, une écorchure peuvent l'introduire dans l'organisme. Une observation de de Beurmann démontre même l'inoculation par la peau non traumatisée.

Il vit dans le sol ; donc, une plaie souillée de terre peut être le point de départ de la mycose. Il prospère sur les légumes, l'ingestion peut donc l'inoculer.

Le champignon pris dans le monde extérieur, apporté par l'un de ces intermédiaires, pénètre dans l'organisme, tantôt par la peau, tantôt par les muqueuses. La durée de l'incubation est variable de vingt jours à trois mois ; dans les cas les plus nets, elle est de une à quatre semaines.

Une des conditions favorisant l'inoculation de la maladie est la diminution de résistance du terrain par une tare pathologique quelconque : tuberculose, diabète, alcoolisme, syphilis, etc., le plus souvent tuberculose. C'est donc une maladie secondaire, demandant pour son développement un terrain affaibli ; une inoculation unique à des sujets sains reste en général sans effet.

Il faut noter que l'inoculation cutanée donne en général une lésion porte d'entrée appelée chancre sporotrichosique ; tantôt le point d'inoculation est marqué par une tumeur, tantôt la plaie d'inoculation se cicatrise et c'est au-dessus d'elle que commence une traînée lymphangitique gommeuse. Après cet exposé trop long, mais nécessaire de la maladie, nous allons examiner le cas de A..., et le comparer avec les cas connus.

*Premièrement.* — Il s'est écoulé entre le traumatisme et l'apparition des gommes, un laps de temps trop considérable pour qu'on puisse incriminer le traumatisme.

La durée d'incubation de la maladie la plus longue est en effet de trois mois (dans un seul cas) et la période ordinaire est de une à quatre semaines. A... a eu sa première gomme au bout de cinq mois.

*Deuxièmement.* — Il n'existait pas de lésion au point traumatisé. En cas de pénétration du champignon par la peau, il se produit une gomme au niveau du point lésé ; ici rien de semblable ; c'est la région lombaire qui a été contusionnée et la première gomme est apparue au bras droit.

*Troisièmement.* — Il n'y a pas eu de traînée lymphangitique partant du point traumatisé.

S'il ne se produit pas de gomme au point lésé en cas de contamination cutanée, il existe une traînée lymphangitique qui conduit le parasite jusqu'à une tumeur. Cette traînée lymphangitique, d'après les commémoratifs, n'a pas existé et nous n'en constatons aucune trace.

Nous écartons donc résolument comme cause directe le traumatisme.

Reste la cause occasionnelle.

Le traumatisme a-t-il pu mettre A... en état de réceptivité ?

Nous ne le pensons pas. A... n'est resté au lit que trois ou quatre jours ; il a gardé la chambre une ou deux semaines, sans toutefois se livrer à aucun travail ; il a pu vaquer à quelques occupations domestiques.

A notre avis, l'inoculation du champignon s'est faite, soit par les voies digestives, soit directement par la peau du bras droit où est apparu le premier accident.

CONCLUSIONS

1° L'affection dont A... est atteint n'est pas consécutive à l'accident du 7 décembre 1911 ;

2° La guérison de la contusion lombaire a été complète trois mois après, soit le 7 mars 1912 ;

3° Il n'existe aucune incapacité de travail imputable à l'accident du 7 décembre 1911.

Telles sont nos conclusions, tel est notre rapport que nous déclarons sincère et de bonne foi.

Fait à Saint-Etienne, le vingt-cinq janvier mil neuf cent treize.

Signé : Docteurs BRIAULT, VIANNAY et DUMAS.

*
* *

**Extrait des minutes du Greffe du Tribunal Civil de première instance.**

D'un jugement rendu par la deuxième Chambre,

Il est extrait ce qui suit :

Entre Noël A..., boiseur au Pont-de-l'Ane ;

Demandeur par Me Bory, avoué ;

Et la Société des Houillères de Saint-Etienne ;

Défenderesse par Me Granger, avoué ;

Ouï en ses conclusions M. Deloigne, substitut du Procureur de la République :

Attendu que le sept décembre mil neuf cent onze, le sieur A... a été victime d'un accident, alors qu'il travaillait pour le compte de la Société défenderesse ;

Qu'il fut blessé aux reins ;

Attendu qu'il résulte des conclusions du rapport des docteurs Viannay, Briault et Dumas, experts commis, que la région contusionnée ne révèle aucune lésion et que l'affection nouvelle dont A... est atteint n'est pas consécutive à l'accident du sept décembre mil neuf cent onze ;

Attendu qu'A... maintient ses conclusions et demande qu'il soit procédé à une nouvelle expertise ;

Mais attendu que les prétentions soulevées par le demandeur ne sont appuyées d'aucunes justifications sérieuses ;

Que les conclusions des experts sont, au contraire, précises et formelles ;

Qu'il a été tenu compte très exactement de l'état de la victime et des conséquences de l'accident ;

Attendu, en effet, qu'il a été constaté qu'il ne reste aucune trace de l'ecchymose aux reins, produite par le traumatisme ;

Que la radiographie ne signale aucune lésion osseuse ;

Attendu, d'autre part, en ce qui concerne la sporotrichose dont A... est atteint, que les experts affirment sans hésitation et résolument que le traumatisme n'en est pas la cause directe, pas plus qu'il n'en a été la cause occasionnelle ;

Que l'inoculation du champignon s'est faite soit par les voies digestives, soit directement par la peau du bras droit ;

Attendu que, dans ces conditions, aucun doute n'est possible et qu'il échet d'homologuer le rapport des experts et de rejeter la demande ;

Qu'une nouvelle expertise serait inutile et frustratoire ;

Par ces motifs :

Homologue le rapport des experts et, rejetant toutes conclusions contraires,

Dit que la guérison de la contusion lombaire qu'A... avait subie le sept décembre mil neuf cent onze a été complète le sept mars mil neuf cent douze ;

Dit que l'affection dont le demandeur est atteint actuellement n'est pas consécutive à l'accident et, en conséquence, le dit mal fondé en ses demandes, fins et conclusions, l'en déboute et le condamne à tous les dépens ;

Ainsi fait et prononcé par MM. Antoine Sérol, vice-président : Le Clec'h et Coester, juges,

En présence de M. Deloigne, substitut du Procureur de la République, assisté de M. Dardichon, commis-greffier,

Tous membres composant la deuxième Chambre du Tribunal civil de première instance de Saint-Etienne,

En audience publique tenue au Palais de Justice le vingt-trois avril mil neuf cent treize.

# CONCLUSIONS

I. — La distribution géographique de la sporotrichose va en augmentant chaque jour.

En un an, dans la région stéphanoise, nous avons pu en recueillir sept cas, nombre qui démontre la fréquence relative de la maladie dans cette région.

II. — Nous n'avons pas pu trouver d'étiologie particulière à la région. La profession (une grande partie de la population étant composée de mineurs) ne semble pas pouvoir être mise en cause.

Il semble que c'est parce qu'à ce moment-là on a recherché la mycose que l'on en a trouvé des cas ; et c'est probablement une simple coïncidence qui nous a permis de recueillir, en un an, à Saint-Etienne, un nombre de cas relativement élevé de sporotrichoses.

III. — Dans ces sept observations, nous voyons plusieurs formes cliniques différentes de la maladie. Ces formes ont déjà été décrites très complètement

par les auteurs. Deux de nos observations seulement présentent des points particuliers et nouveaux dans l'étude des sporotrichoses et nous avons limité à ces faits notre travail.

IV. — Le cas de sporotrichose pulmonaire recueilli, ainsi que l'étude des autres cas publiés, nous montrent que la sporotrichose pulmonaire existe bien cliniquement, comme elle existait déjà expérimentalement.

Cette sporotrichose pulmonaire peut revêtir différentes formes cliniques. Elle peut donner soit le syndrome pneumonie avec hépatisation lobaire, soit le syndrome infiltration des sommets simulant la tuberculose.

Le traitement est l'administration de l'iodure de potassium à doses élevées (4 à 6 gr. par jour) qui peut amener la guérison.

V. — Les cas de sporotrichose ayant soulevé la question médico-légale des accidents du travail, sont rares actuellement.

Ils montrent cependant que la question d'indemnité peut être posée pour des cas de sporotrichose survenant après un accident du travail.

Or, un accident du travail peut être la cause occasionnelle d'une sporotrichose, et cela au même titre qu'un traumatisme peut être la cause occasionnelle d'une arthrite bacillaire, en localisant, au niveau du point traumatisé, les germes existant dans le sang du malade avant son accident.

Dans les cas de traumatisme avec plaies, il sera même possible de considérer l'accident comme cause réelle de l'affection, le parasite pouvant pénétrer dans l'organisme à la faveur d'un traumatisme, l'inoculation pouvant se faire accidentellement au niveau d'une plaie.

Mais la règle de conduite à tenir, pour apprécier ces faits possibles, sera toujours délicate. Il sera, en effet, toujours difficile de prouver, d'une façon absolue, que le parasite a été inoculé au moment de l'accident, et il faudra aussi, dans l'appréciation de ces faits, ne pas oublier la prédisposition de terrain qu'exige ordinairement la sporotrichose pour se développer.

Vu :
*Le Doyen.*
L. HUGOUNENQ.

Vu :
*Le Président de la Thèse,*
NICOLAS.

Vu et Permis d'imprimer :
Lyon, le 4 juillet 1913.
*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*
P. JOUBIN.

# BIBLIOGRAPHIE[1]


BÉRARD ET LAURENT : Les Sporotrichoses ; Gomme du genou à type d'abcès ossifluent avec gonflement du périoste. — *Loire Médicale* 1913, p. 129.

DE BEURMANN ET GOUGEROT : Les Sporotrichoses. — Paris, 1912.

BEUTTER ET LAURENT : Sporotrichoses à type de gommes cutanées multiples. — *Loire Médicale* 1912, p. 215.

L.-M. BONNET : Un cas de sporotrichose (1er cas publié à Lyon). *Ann. de dermat. et de syphil.*, nov. 1907, et *Lyon Médical*, 29 décembre 1907.

10e Cas de sporotrichose. — *Lyon Médical* du 12 juin 1912.

CHANTEMESSE ET RODRIGUEZ : Un cas de sporotrichose pulmonaire (in traité : *Les Sporotrichoses*, de Beurmann et Gougerot, p. 390).

DOR : La Sporotrichose. — *Presse Médicale* 1906.

M. LAGOUTTE ET BRIAU : Sporotrichose cachectisante mortelle. *Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 22 mai 1909.

LAURENT (Ch.) : Sporotrichose à localisations osseuses et pulmonaire simulant la tuberculose. — *Société des Sciences Médicales de Saint-Etienne*, 7 mai 1913.


---

(1) Nous ne donnons ici que les indications bibliographiques se rapportant directement à notre sujet. La bibliographie complète de la question des Sporotrichoses est faite par MM. de Beurmann et Gougerot dans leur traité : *Les Sporotrichoses*, Paris 1912.

Martel et Laurent : Sporotrichose de l'avant-bras gauche en forme de placard agminé. Gommes sporotrichosiques de la fesse et de la ceinture. — *Loire Médicale* 1913, p. 92.

Nicolas et Charlet : Cas de sporotrichose. — Essai des méthodes de diagnostic expérimental. — *Lyon Médical* 1910.

Ollive et Le Meignen : Accidents du travail. — Médecine légale. — Jurisprudence. — Paris, 1908.

Sabrazès et Guyot : Un cas de sporotrichose accident du travail. — *Bull. de la Société de méd. et de chir. de Bordeaux*, 5 mai 1911.

F. Tremollières et J. du Castel : Sporotrichose disséminée chez un diabétique. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 23 avril 1909, n° 14, p. 375.

# TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS ..... 9

INTRODUCTION ..... 13

CHAPITRE I. — Historique ..... 15

CHAPITRE II. — Observations ..... 17

CHAPITRE III. — Sporotrichose pulmonaire ..... 35

CHAPITRE IV. — Sporotrichose accident du travail ..... 46

APPENDICE ..... 63

CONCLUSIONS ..... 73

BIBLIOGRAPHIE ..... 77

Saint-Etienne — Imprimerie de « La Loire Républicaine », place Marengo, 16.